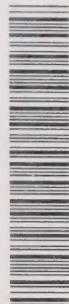


CA1
XC 28
-2010
W12



3 1761 11971714 8



HOUSE OF COMMONS
CANADA

THE WAY FORWARD: ADDRESSING THE ELEVATED RATES OF TUBERCULOSIS INFECTION IN ON RESERVE FIRST NATIONS AND INUIT COMMUNITIES

Report of the Standing Committee on Health

**Joy Smith, MP
Chair**

JUNE 2010

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION



Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Standing Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site
at the following address: <http://www.parl.gc.ca>




**THE WAY FORWARD: ADDRESSING THE
ELEVATED RATES OF TUBERCULOSIS
INFECTION IN ON RESERVE FIRST NATIONS AND
INUIT COMMUNITIES**

**Report of the Standing Committee on
Health**

**Joy Smith, MP
Chair**

JUNE 2010

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119717148>

STANDING COMMITTEE ON HEALTH

CHAIR

Joy Smith

VICE-CHAIR

Joyce Murray

MEMBERS

Hon. Carolyn Bennett

Colin Carrie

Nicolas Dufour

Megan Leslie

Cathy McLeod

Patrick Brown

Patricia Davidson

Kirsty Duncan

Luc Malo

Tim Uppal

OTHER MEMBER OF PARLIAMENT WHO PARTICIPATED

Judy Wasylycia-Leis

CLERK OF THE COMMITTEE

Christine Holke David

LIBRARY OF PARLIAMENT

Parliamentary Information and Research Service

Karin Phillips

Marie Chia

THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH

has the honour to present its

FOURTH REPORT

Pursuant to its mandate under Standing Order 108(2), the Committee has studied the Elevated Rates of Tuberculosis Infection in the First Nations and Inuit Communities and has agreed to report the following:

TABLE OF CONTENTS

THE WAY FORWARD: ADDRESSING THE ELEVATED RATES OF TUBERCULOSIS INFECTION IN ON RESERVE FIRST NATIONS AND INUIT COMMUNITIES	1
INTRODUCTION	1
TB IN ABORIGINAL POPULATIONS IN CANADA	1
A. Incidence of TB in First Nations and Inuit Populations	1
B. Key Factors affecting TB Prevention and Control in Aboriginal Communities	3
(i) Historical Context	4
(ii) Host Related Factors	4
(iii) Environment	4
(iv) Health Care System	5
THE FEDERAL ROLE	5
A. First Nations and Inuit Health and the <i>Constitution Act, 1867</i>	5
B. Indian Health Policy 1979	6
C. Jurisdictional Disputes in First Nations and Inuit Health: Jordan's Principle	7
D. The Federal, Provincial and Territorial Roles in TB Prevention and Control in First Nations and Inuit Communities	8
ADDRESSING THE ELEVATED RATES OF TB IN FIRST NATIONS AND INUIT COMMUNITIES	9
A. Health Canada's National TB Control Program and Elimination Strategy	9
What the Committee Heard	9
What the Committee Wants	11

B.	Collaboration Across Jurisdictions	12
	What the Committee Heard	12
	What the Committee Wants	13
C.	Involvement of First Nations and Inuit Communities in TB Prevention and Control	14
	What the Committee Heard	14
	What the Committee Wants	15
D.	Social Determinants of Health	15
	What the Committee Heard	15
	What the Committee Wants	16
	THE WAY FORWARD	17
	LIST OF RECOMMENDATIONS	19
A.	Health Canada's National TB Control Program and Elimination Strategy	19
B.	Collaboration Across Jurisdictions	19
C.	Involvement of First Nations and Inuit Communities in TB Prevention and Control	20
D.	Social Determinants of Health	20
	APPENDIX A: LIST OF WITNESSES	23
	APPENDIX B: LIST OF BRIEFS	25
	REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE	27
	SUPPLEMENTARY OPINION: LIBERAL PARTY OF CANADA	29
	SUPPLEMENTARY OPINION: BLOC QUÉBÉCOIS	33

THE WAY FORWARD: ADDRESSING THE ELEVATED RATES OF TUBERCULOSIS INFECTION IN ON RESERVE FIRST NATIONS AND INUIT COMMUNITIES

INTRODUCTION

On March 11, 2010, the House of Commons Standing Committee on Health passed a motion agreeing to undertake a study to examine the elevated rates of tuberculosis (TB) infection in First Nations and Inuit communities and report its conclusion, including recommendations towards a national strategy to eradicate this disease. The Committee held one meeting examining this topic on April 20, 2010, where they heard from a wide range of witnesses, including: government officials, First Nations and Inuit organizations and communities, public health organizations, and experts in TB prevention and control.

This report provides relevant background regarding tuberculosis in First Nations and Inuit communities, including the federal government's role in this area and highlights the issues raised by witnesses during the course of the hearing. It also provides recommendations for action to be considered by Health Canada in their renewal of the National TB Elimination Strategy for on-reserve First Nations and Inuit communities.

TB IN ABORIGINAL POPULATIONS IN CANADA

A. Incidence of TB in First Nations and Inuit Populations

TB is a serious infectious disease caused by a bacterium, which spreads when someone with the disease coughs and another person breathes the bacteria.¹ TB affects primarily the lungs, but it can also affect other parts of the body such as the lymph nodes.² It is generally thought that once an individual is infected with the TB bacteria he/she remains infected for life.³

1 Health Canada, "First Nations, Inuit and Aboriginal Health: Tuberculosis (TB)" <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/tuberculos/index-eng.php>

2 Ibid.

3 Health Canada, "Tuberculosis in First Nation Communities," http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/tuberculos/tb_fni-pni_commun-eng.php (accessed April 13, 2010).

Globally, the incidence of TB is 139 cases per 100,000 which translate to close to 10 million cases per year.⁴ In Canada, the incidence of TB is 5 cases per 100,000 people, or an estimated 1,613 new and relapsing cases per year.⁵ However, the majority of these cases occur within two demographic groups: Aboriginal peoples, including First Nations, Inuit and Métis, and individuals born outside of Canada (Table 1). The disproportionate burden of TB among the Aboriginal population is supported by observations that although Canadian-born Aboriginal peoples make up 3.5% of the total Canadian population, they account for 17% of the disease burden.⁶

While the incidence of TB in Aboriginal populations as a whole is higher than in Canadian-born non-Aboriginal populations, there are significant variation rates of TB across regions and between different Aboriginal communities.⁷ For example, in 2004, TB incidence rates in Status Indians ranged from 0 per 100,000 in the Atlantic region to 72.7 per 100,000 in Manitoba. Similarly, Inuit in Quebec reported rates of 95 per 100,000 as compared to 102.2 per 100,000 in the Territories.⁸

4 World Health Organization, "TB," <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>

5 Infection with the TB bacterium often results in asymptomatic, latent disease, which if left untreated will eventually progress to active disease with symptoms.

6 Public Health Agency of Canada, Canadian Lung Association, Canadian Thoracic Society, "Canadian Tuberculosis Standards, 6th Edition," http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf (accessed April 9, 2010).

7 Public Health Agency of Canada, Canadian Lung Association, Canadian Thoracic Society, "Canadian Tuberculosis Standards, 6th Edition," http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf, p.300.

8 Atlantic region refers to Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, Prince Edward Island and New Brunswick. The Territories include Yukon, Nunavut, and the Northwest Territories.

Table 1 – Tuberculosis in Canada, 2008

Origin Status		Number of Cases	Incidence Rate (per 100,000)
Aboriginal	Indian (status)	218	26.6
	Indian (non-status)	9	-
	Métis	27	8.0
	Inuit	88	157.5
Canadian Born non-Aboriginal		210	0.8
Foreign-Born		987	13.4
Total		1600	4.8

Source: Table prepared by the authors using data obtained from the Public Health Agency of Canada, "Tuberculosis in Canada," <http://www.itk.ca/sites/default/files/Rates%20by%20Origin%202010.pdf> (accessed April 9, 2010).

B. Key Factors affecting TB Prevention and Control in Aboriginal Communities

Since 1991, there has been a global consensus on what constitutes good practice in the prevention and control of tuberculosis, which is reflected in the World Health Organization's Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) Strategy.⁹ On a policy level, the DOTS Strategy requires that there be a political commitment to TB prevention and control, which includes: a declaration of public sector responsibility with a corresponding budget, appropriate management structures, published national guidelines, and sector-wide approaches and policies to ensure that there is sufficient access to health services.¹⁰ From a health care systems perspective, the prevention and control of TB requires: an uninterrupted supply of drugs, diagnosis and follow-up through a quality assured system of bacteriology, a clearly defined monitoring process, and measures to protect against the misuse of medications that could possibly lead to drug resistance.¹¹

9 Public Health Agency of Canada, Canadian Lung Association, Canadian Thoracic Society, "Canadian Tuberculosis Standards, 6th Edition," http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf, p.239.

10 Ibid.

11 Ibid.

However, despite the existence of this global consensus on best practices, there are many challenges affecting TB prevention and control activities in Aboriginal communities, which can be broadly described as context-, host-, environment-, and system-related issues.¹²

(i) Historical Context

Elevated incidence rates of TB in Aboriginal peoples should be understood within a historical context, where TB infection in Aboriginal communities occurred after contact with Europeans in the 19th and 20th centuries. Since then, rates of TB have been exacerbated by a history of movement of Aboriginal peoples to reserves and residential schools, where crowded living conditions, poverty and malnutrition increased the spread of TB and its progression from infection to disease symptoms.

(ii) Host Related Factors

TB infection rates are affected by the presence of other health-related conditions that are often more prevalent in Aboriginal peoples, such as diabetes mellitus, malnutrition, alcohol and drug use, as well as HIV/AIDS. In addition, there have been documented genetic characteristics, such as congenital immune deficiencies, which increase the susceptibility of certain individuals to TB and prevent the applicability of childhood immunization.

(iii) Environment

TB control efforts are compromised by overcrowded housing and poverty, which are often found on reserves and in remote regions. For example, according to the Canadian Mortgage and Housing Corporation (CMHC), 50% of First Nations housing fell below CMHC standards, and 26% of First Nations and 36% of Inuit reported living in crowded dwellings.¹³

12 Ibid, p.301.

13 Assembly of First Nations – Health and Social Secretariat, “Housing as a social determinant of health increases risks for tuberculosis infection in First Nations and Inuit Peoples,” <http://www.itk.ca/media-centre/media-releases/inuit-tb-rate-doubles-185-times-rate-canadian-born-non-aboriginals-first> (accessed April 13, 2010).

(iv) Health Care System

In remote communities, the capacity for TB control programming, surveillance and diagnosis is also often limited due to understaffing and/or rapid turnover of staff and lack of access to appropriate health services and facilities. There are also unique challenges and needs in providing culturally appropriate programs and care, as well as navigating often complex jurisdictional issues.¹⁴

THE FEDERAL ROLE

A. First Nations and Inuit Health and the *Constitution Act, 1867*

The *Constitution Act, 1867* does not explicitly include “health” as a legislative power assigned either to Parliament (in section 91) or to the provincial legislatures (in section 92). In fact, according to the Supreme Court, “‘health’ is not a matter which is subject to specific constitutional assignment, but instead is an amorphous topic which can be addressed by valid federal or provincial legislation, depending on the circumstances of each case on the nature or scope of the health problem in question.”¹⁵ However, the Constitution does contain some powers relating directly to health and health care. Under section 91(11), the federal government is responsible for the “quarantine and the establishment and maintenance of marine hospitals”.¹⁶ Other areas where the federal government is involved in health are derived indirectly from other constitutional powers, including the criminal law power; the spending power; and possibly the power to pass laws for the peace, order and good government of Canada.¹⁷

Meanwhile, the provinces are responsible for most other hospitals under section 92 (7). In addition to their jurisdiction over hospitals, provinces are also responsible for the direct delivery of most health services, the education of physicians, which derives from its powers over property and civil rights under section 92(13)) and matters of a merely local or private nature under section 92(16)) in the *Constitution Act, 1867*.¹⁸

14 Public Health Agency of Canada, Canadian Lung Association, Canadian Thoracic Society, “Canadian Tuberculosis Standards, 6th Edition,” http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf (accessed April 9, 2010).

15 *Schneider v. The Queen*, [1982] 2 S.C.R. 112 at p. 142.

16 Marlisa Tiedemann, “The Federal Role in Health and Health Care,” 20 October, 2008, Library of Parliament Publication PRB 08-58E, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0858-e.pdf>.

17 For a detailed discussion regarding the federal government’s exercise of these constitutional powers in the area of health, please consult the following: Marlisa Tiedemann, “The Federal Role in Health and Health Care,” October 20, 2008, Library of Parliament Publication PRB 08-58E, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0858-e.pdf>.

18 Ibid.

While the federal government does not have direct responsibility in the delivery of health care, it does have primary jurisdiction over “Indians and Land reserved for the Indians,” under section 91 (24) of the *Constitution Act, 1967*.¹⁹ In 1939, the Supreme Court decision *Re Eskimos* further brought the Inuit within the meaning of “Indians” under section 91(24).²⁰ However, while section 35 of the *Constitution Act, 1982*, defines Aboriginal peoples as including the “Indian, Inuit and Métis peoples of Canada”²¹, the status of the Métis and the non-registered Indian population²² under section 91(24) remains undetermined.²³ The federal government therefore maintains that it does not have exclusive responsibility for these groups and its financial responsibilities for these groups are thus limited.²⁴ Federal jurisdiction over First Nations and Inuit means that the federal government has the exclusive authority to enact legislation over First Nations and Inuit, which it exercises primarily in relation to on-reserve registered status Indians and, to a lesser extent, the Inuit.²⁵

B. Indian Health Policy 1979

Despite having jurisdiction over First Nations and Inuit, the federal government has not enacted legislation in relation to the provision of health care to First Nations and Inuit²⁶, but rather provides certain health programs and services to on reserve First Nations and Inuit as a matter of policy.²⁷ The 1979 Indian Health Policy outlines the federal role in the provision of health care to First Nations and Inuit, indicating that this policy is based upon

19 Tonina Simeone, “Federal-Provincial Jurisdiction and Aboriginal Peoples” February 1, 2001, Library of Parliament Publication TIPS-88E, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-e.asp?Heading=14&TIP=95>

20 Ibid.

21 *The Constitution Act, 1982*, being Schedule B to the *Canada Act 1982* (U.K.), 1982, c. 11, Part II, s.35 (2).

22 Non-Status Indian refers to people who are of Indian ancestry and cultural affiliation, but are not registered as Indians under the *Indian Act* or lost their right to be registered as Indians under the *Indian Act* before it was amended in 1985.²² Tonina Simeone, “Federal-Provincial Jurisdiction and Aboriginal Peoples” February 1, 2001, Library of Parliament Publication TIPS-88E, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-e.asp?Heading=14&TIP=95>

23 Ibid.

24 Ibid.

25 Registered (Status) Indian: those people who are registered or entitled to be registered as Indians in accordance with the provisions of the *Indian Act*. Tonina Simeone, “Federal-Provincial Jurisdiction and Aboriginal Peoples” February 1, 2001, Library of Parliament Publication TIPS-88E, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-e.asp?Heading=14&TIP=95>

26 It is important to note that the most significant piece of federal legislation dealing with Indian and lands reserved for them is the *Indian Act*, which governs almost all aspects of the lives and lands of status Indians. The Act “defines who is an Indian and regulates band membership and government, taxation, lands and resources, money management, wills and estates and education.” However, the Inuit are not covered by the Act, nor does the Act include provisions for the governance and provision of health care. Tonina Simeone, “Federal-Provincial Jurisdiction and Aboriginal Peoples” 1 February, 2001, Library of Parliament Publication TIPS-88E, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-e.asp?Heading=14&TIP=95>

27 Health Canada, “History of Providing Health Services to First Nations People and Inuit,” <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/services-eng.php>.

“constitutional and statutory provisions, treaties and customary practice.”²⁸ The 1979 Indian Health Policy articulates that due to the integrated nature of the health care system, responsibility for First Nations and Inuit health may be shared between federal, provincial or municipal governments, Indian bands, or the private sector. It identifies the federal role in the interdependent health care system as including: “public health on reserves, health promotion, and the detection and mitigation of hazards to health in the environment.”²⁹ Meanwhile, the provincial and private role includes the diagnosis and treatment of acute and chronic disease and the rehabilitation of the sick. Finally, First Nations and Inuit communities are also identified as having a significant role to play in health promotion and the adaptation of health services delivery to the specific needs of their community.

It is also important to note that this view point differs from that of Aboriginal peoples, who argue the federal government is required to provide health programs and services based upon existing treaty rights and the Crown’s fiduciary responsibility³⁰, rather than as merely a matter of policy.³¹ This view point was articulated in the Royal Commission on Aboriginal Peoples final report in 1996.³²

C. Jurisdictional Disputes in First Nations and Inuit Health: Jordan’s Principle

Disputes between the federal and provincial governments have arisen over First Nations and Inuit health as result of the jurisdictional complexity in the delivery of health care to these population groups. This became evident in the case of Jordan River Anderson, a child from Norway House First Nation who suffered from a rare muscular disorder that required years of medical treatment in a Winnipeg hospital located 800km from his home community. Jordan died in hospital, while the federal and provincial governments negotiated who would pay for the costs for him to return home from the hospital in Winnipeg. In response to his death, the House of Commons unanimously passed Jordan’s Principle in 2007, which stipulates that in the event of a jurisdictional

28 Health Canada, “About Health Canada: Indian Health Policy 1979,” http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-eng.php.

29 Ibid.

30 In broad legal terms, a “fiduciary” is “one who holds anything in trust,” or “who holds a position of trust or confidence with respect to someone else.” Hence, a “fiduciary relationship” is one in which someone in a position of trust has “rights and powers which he is bound to exercise for the benefit” of another. Such relationships include those between trustees and their beneficiaries, solicitors and their clients, and so forth. The Crown’s fiduciary relationship to Aboriginal Peoples has not yet been fully defined, but the Supreme Court of Canada has indicated that it includes certain principles and obligations, such as: the Crow must act in the best interests of Indian peoples when dealing with Indian property and lands; and that in dealing with a possible infringement of a constitutionally protected right, the Crown’s first consideration must be to its special trust relationship with Aboriginal peoples. Mary Hurley, “The Crown’s fiduciary relationship with Aboriginal peoples,” August 10, 2001, Library of Parliament Publication PRB 00-09E <http://lpintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/PRBpubsArchive/bp1000/prb0009-e.asp>.

31 Commission on the Future of Health Care in Canada, “Building on Values: The Future of Health Care in Canada,” June 2002, http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf, p.212.

32 RCAP, “Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples,” <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/pubs/rpt/rpt-eng.asp#toc>.

dispute over funding for a First Nation child, the government of first contact will pay for services and seek cost-sharing later.³³ It is intended to guarantee that the services delivered to Aboriginal children will not be delayed by jurisdictional disputes.³⁴

D. The Federal, Provincial and Territorial Roles in TB Prevention and Control in First Nations and Inuit Communities

In practice, these jurisdictional divisions in First Nations and Inuit health have resulted in the following roles and responsibilities for federal, provincial and territorial governments in addressing TB prevention and control in First Nations and Inuit communities in Canada. Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) has primary responsibility for public health services in on reserve First Nations Communities.³⁵ In addition, according to Health Canada, FNIHB also provides funding for the TB prevention and control program in Nunatsiavut in Labrador.³⁶ Finally, Health Canada also provides a limited range of health-related goods and services, such as drugs, medical transportation, medical supplies and health care equipment through its Non-Insured Health Benefits (NIHB) program.

TB control activities are usually shared between FNIHB and the provinces. Medically necessary health services insured under the *Canada Health Act*³⁷ are the responsibility of provinces for both Aboriginal (both on- or off-reserve and Métis) and non-Aboriginal Canadians.³⁸ Provincial governments receive federal financial support to deliver these insured health services through the Canada Health Transfer.

In order to coordinate these activities between different levels government, many different arrangements exist varying from province to province. In many cases, they have shared and integrated programming and health care delivery for their respective

33 INAC, "Backgrounder-Implementation of Jordan's Principle in Saskatchewan," <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/nr/s-d2009/bk000000451-eng.asp>

34 Ibid.

35 Public Health Agency of Canada, Canadian Lung Association, Canadian Thoracic Society, "Canadian Tuberculosis Standards, 6th Edition," http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf, p.300.

36 Health Canada, "First Nations, Inuit and Aboriginal Health: TB" <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/tuberculos/index-eng.php>.

37 Insured hospital services, as defined under the *Canada Health Act*, include medically necessary in-patient and out-patient services such as standard or public ward accommodation; nursing services; diagnostic procedures such as blood tests and X-rays; drugs administered in hospital; and the use of operating rooms, case rooms and anaesthetic facilities.

38 Ibid.

populations.³⁹ FNIHB may also support the administration of public health programs by the First Nations and Inuit communities through contribution agreements, or Health Service Transfer Agreements.⁴⁰

In the Northwest Territories, Nunavut and Yukon, centralized TB control programs for First Nations, and Inuit populations are delivered through the respective territorial departments of health. Like in the case of the provinces, the federal government does provide funding to the territories for the provision of medically necessary insured health services through the Canada Health Transfer and the Territorial Financing Formula. However, according to Health Canada officials, FNIHB does not have jurisdiction over the health services of First Nations or Inuit persons who live in Canada's territories.⁴¹

ADDRESSING THE ELEVATED RATES OF TB IN FIRST NATIONS AND INUIT COMMUNITIES

A. Health Canada's National TB Control Program and Elimination Strategy

What the Committee Heard

The Committee heard from department officials that Health Canada is working to reduce TB rates among on-reserve First Nation residents and Inuit through its National TB Control Program.⁴² The overall target of the program is to reduce the number of TB cases among First Nations and Inuit to 3.6 cases per 100,000 population by 2015, a target that has been established for all Canadians and has been adopted from the WHO's Global Stop TB Plan. Health Canada's National TB Control Program aims to achieve this target by ensuring equitable access to timely diagnostics, treatment and follow-up care for those exposed to and diagnosed with TB. TB prevention and education are also important components of the program.

The Committee learned that Health Canada implements its National TB Control Program through the regional offices of its First Nations and Inuit Health Branch, who in turn establish partnerships with provincial governments, local or regional health authorities and First Nations communities to deliver TB prevention and control services.⁴³ FNIHB's regional offices work with these key partners to ensure that the Canadian TB Standards,

39 Ibid.

40 Ibid.

41 House of Commons Standing Committee on Health, "Evidence," 20 April, 2010, Number 010, 3rd Session of the 40th Parliament, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4443113/HESA/EV10-E.PDF>, p.2

42 Ibid, p.1

43 Ibid, p.2

which provide the Canadian standard for both public health and clinical management aspects of TB prevention and control, are applied in on reserve First Nations and Inuit communities.

Health Canada officials further articulated that this program was being funded by the Government of Canada at a rate of \$6.6 million per year and between 2004 and 2010, \$42.4 million had been allocated to the program.⁴⁴ In addition, the federal government had provided an additional \$3 million to address TB outbreaks in communities in Manitoba and Saskatchewan.⁴⁵

Finally, department officials indicated that it was currently renewing the National TB Elimination Strategy through a working group of federal partners, external TB experts, stakeholders and First Nations and Inuit partners. The strategy is considered to be a component of an overarching national TB strategy currently being developed by the Public Health Agency of Canada (PHAC).⁴⁶

Despite these efforts, the Committee heard from some witnesses that there is a need to improve the quality of FNIHB's National TB Control Program.⁴⁷ First, according to some witnesses, there is a lack of consistency in the program from region to region. In particular, common national and international standards in TB prevention and control are not being applied in all regions. For example, some witnesses articulated that there is no consistency in how different regions define a TB outbreak. Second, some witnesses felt that FNIHB's regional branches were not held accountable in their TB prevention and control efforts. Unlike their provincial and territorial counterparts, FNIHB's regional branches are not required to meet annual targets in reduction rates for TB infections, or report on their progress.⁴⁸

Third, witnesses indicated that insufficient resources were being provided to support TB prevention and control efforts in First Nations and Inuit communities. They pointed to a report commissioned by PHAC, which indicated that FNIHB invests only \$16,700 per case in treating First Nations citizens, while, on average, Canada invests \$47,000 in each case of TB for among the non-native population.⁴⁹ Other witnesses said that remote communities lacked the technology necessary for TB diagnosis, such as mobile chest X-ray units. Witnesses also emphasized the need for long term sustained funding and resources for TB due to the nature of the disease itself, which takes six months or more to

44 Ibid.

45 Ibid, p.10

46 Ibid, p.2

47 Ibid, p.3

48 Ibid.

49 Ibid.

be cured and can remain latent within a community over the course of generations without treatment.⁵⁰ Witnesses pointed out that it took 30 years to reduce TB rates in the general population to their current levels of below one case per 100,000 population.⁵¹

Finally, Gail Turner from Inuit Tapiriit Kanatami articulated that Health Canada's current policies and programs are insufficient to address the unique challenges of TB prevention and control in remote and northern Inuit communities.⁵² According to Ms. Turner, Inuit communities require a separate TB control and prevention strategy to address the excessively high rates of TB among the Inuit, which have reached 500 per 100,000 in some communities.⁵³ A separate strategy is needed because of their unique geographic and social concerns, including a lack of access to health care in their northern remote communities, higher levels of overcrowding housing, and a greater degree of food insecurity than in other communities.

What the Committee Wants

The Committee is deeply concerned that TB rates among the Aboriginal population, and in particular First Nations and Inuit people, remain disproportionately high when compared to the overall Canadian population. According to testimony, TB rates among members of First Nations were 31 times higher than among others born in Canada in 2008.⁵⁴ The numbers are starker when looking at the Inuit Nunaat⁵⁵, who experience rates that are 185 times higher than those of Canadian-born non-Aboriginals.⁵⁶ In addition, the Committee is worried about the First Nations and Inuit communities that are at the epicentre of the TB outbreaks. For these reasons, the Committee believes that the renewal of the National TB Elimination Strategy needs to be accelerated to address this urgent and ongoing problem. In addition, the Committee believes that the concerns raised by witnesses regarding the efficacy of Health Canada's National TB Control Program also need to be addressed. The Committee therefore recommends:

- **That Health Canada accelerate the renewal of its National TB Elimination Strategy utilized in on reserve First Nations and Inuit communities.**

50 Ibid, p.12.

51 Ibid.

52 Ibid, p.4.

53 Ibid, p.12.

54 Ibid, p.2.

55 The majority of Inuit live in one of four regions known collectively as Inuit Nunaat, the Inuktitut expression for "Inuit homeland". It comprises Nunavut, Nunavik (in northern Quebec), Nunatsiavut (in Labrador) and Inuvialuit (in the Northwest Territories). Inuit comprise roughly 85% of the population of the territory of Nunavut and also represent the majority populations in Nunavik and Nunatsiavut.

56 Ibid, p.3.

- That Health Canada define a TB Control Program for on reserve First Nations and Inuit communities, with goals and targets, and performance indicators that are measured annually at the regional and/or national level in order to determine whether its regional branches are delivering the program according to national and international standards in TB prevention and control.
- In recognition of the federal government's fiduciary responsibility towards Aboriginal peoples and its other related responsibilities, that Health Canada take a long-term and collaborative approach to this issue with sufficient funding to sustain a long-term program.
- That the Auditor General evaluate the impact of past allocations to Health Canada's National TB Control Program.
- That the Government of Canada establish an emergency fund to support communities at the epicentre of the TB outbreaks. This fund could be used to support the activities of emergency assessment teams, if they are specifically requested for by the provinces and territories.

B. Collaboration Across Jurisdictions

What the Committee Heard

The Committee also heard from witnesses that TB prevention and control in First Nations and Inuit communities was confounded by a lack of collaboration across jurisdictions. Witnesses explained that the division of responsibilities between the federal and provincial governments in this area had resulted in a fragmented system. For example, in Manitoba, TB prevention and control activities are conducted by numerous different agencies within the province, where some are accountable to the province and others are accountable to FNIHB through contract arrangements.⁵⁷ As a result, overall responsibility and accountability for the reduction of TB rates in First Nations communities remained "opaque."⁵⁸ Jurisdictional divisions also meant that the data required to support TB prevention and control programming was not easily shared between provincial governments and FNIHB.⁵⁹ Witnesses articulated that successful collaboration between

57 Ibid, p.15 and p.18.

58 Ibid, p.2.

59 Ibid, p.12 and p.19.

different levels of government in TB prevention and control programming had only been achieved in some provinces due to the force of the personalities of those running the various programs.

According to Inuit Tapiriit Kanatami, there is equally a lack of clarity of who is responsible for the Inuit.⁶⁰ While Inuit communities are engaged with FNIHB in TB prevention and control, they are not engaged with the provinces, which also have responsibility for their public health. As a result, they are uncertain as to who is responsible for ensuring that they have the medical equipment necessary to diagnose and treat TB.

This lack of collaboration across jurisdictions led witnesses to call for a single unified TB prevention and control program to replace the current system of a mix of provincial and federal TB programs. Some argued that a singular TB prevention and control program for both Aboriginal and non-Aboriginal Canadians should be developed under the responsibility of the chief provincial officer of health.⁶¹ Others called for a pan-Canadian TB program, where national standards, goals and targets would be established at the federal level to assure uniformity, but the program would be administered provincially.⁶² Finally, some witnesses suggested that F/T/P governments work together to delineate jurisdictional responsibilities in TB prevention and control and develop mechanisms that hold all levels of government and agencies to account in reaching common goals in reduction in the number of TB cases in these population groups.⁶³

What the Committee Wants

The Committee recognizes the challenges associated with TB prevention and control that arise as a result of shared jurisdiction in delivering health care to First Nations and Inuit peoples. The Committee further acknowledges the importance of respecting federal, provincial and territorial jurisdictions in this area. However, the Committee believes that greater effort is needed to promote collaboration and accountability among and between jurisdictions in addressing TB in First Nations and Inuit communities. The Committee therefore recommends:

- **That federal, provincial and territorial governments establish clear lines of responsibility for medical TB treatment for all Aboriginal peoples.**

60 Ibid, p.9

61 Ibid. p.12

62 Ibid, p.16

63 Lung Association of Saskatchewan, Letter Submitted to the House of Commons Standing Committee on Health, April 23, 2010.

- That all levels of government, inter-tribal health authorities, Métis and Inuit organizations and First Nations collaborate closely in order to remove jurisdictional constraints in providing optimal TB care to First Nations, Inuit and Métis people.
- That Jordan's Principle be adopted and applied in the context of TB prevention and treatment to ensure that the necessary care for a First Nation's child is not delayed or disrupted due to jurisdictional disagreement or dispute.
- That data be collected by federal, provincial and territorial levels of government in a manner that preserves personal privacy and confidentiality, while otherwise being available across jurisdictions to track TB cases when necessary.

C. Involvement of First Nations and Inuit Communities in TB Prevention and Control

What the Committee Heard

Witnesses appearing before the Committee highlighted the importance of the involvement of First Nations and Inuit communities in TB prevention and control programming. The Committee heard that active participation of First Nations and Inuit communities in decision making and the administration of TB programs are necessary in order to promote community ownership, as well as develop local capacity in addressing TB.⁶⁴ The Committee learned about a successful initiative in British Columbia called Strategic Community Risk Assessment and Program for TB (SCRAP-TB).⁶⁵ Funded by the federal government and other partners, SCRAP-TB is a grass-roots initiative that enables the participation of First Nations communities in the process of addressing TB, including raising awareness and participation in the direct observation of the TB therapy programs. According to witnesses, SCRAP-TB demonstrates the need to develop TB programs that reflect the different needs and cultures of First Nations and Inuit peoples, rather than pursuing a "one size fits all" approach.⁶⁶

64 Ibid, p.12.

65 Ibid, p.18.

66 Ibid.

What the Committee Wants

The Committee believes that the engagement of First Nations and Inuit communities as full partners is necessary to address the elevated rates of TB in these communities. The Committee supports the Government of Canada's ongoing efforts to work with these communities to engage leaders and develop local capacity in addressing this problem. The Committee further recognizes that TB prevention and control programming must reflect the diverse needs and cultures of Canada's Aboriginal populations. The Committee therefore recommends:

- **That Health Canada continue to engage First Nations and Inuit communities as full partners in the development of TB programs and strategies.**
- **That Health Canada's TB programming and national strategy focus on enhancing local capacity to promote community ownership of problems and solutions.**
- **That Health Canada support grass-roots programs, such as SCRAP-TB, that build capacity for community-led programs, as part of its overall strategy to address TB in these communities.**

D. Social Determinants of Health

What the Committee Heard

All witnesses appearing before the Committee emphasized that it was also necessary to address the social and economic conditions that facilitate the spread of TB in First Nations and Inuit communities. For witnesses, TB is "a social disease with a medical aspect."⁶⁷ In particular, witnesses linked poor housing conditions to the spread of TB in First Nations and Inuit communities. The Committee heard that houses in Northlands First Nation in Lac Brochet, Manitoba had an average of 5.2 persons living in them, and most lacked proper ventilations systems.⁶⁸ Overcrowded houses with poor ventilation systems increase the risk of TB transmission, because it increases the likelihood that more people will be exposed to and inhale TB bacteria, while living together in a small space.⁶⁹

67 Ibid, p.14.

68 Ibid, p.4.

69 Assembly of First Nations, "Fact Sheet: Housing as a Social Determinant of Health Increases Risks for Tuberculosis Infection in First Nations and Inuit Peoples," 2010, submitted to the House of Commons Standing Committee on Health.

Furthermore, a lack of food security, including access to nutritious foods such as fruits and vegetables, means that First Nations and Inuit peoples have weaker immune systems, which could result in a greater likelihood of TB progressing from infection to disease.⁷⁰

The Committee also heard from witnesses that current efforts to address the social determinants of health by the federal government were unsatisfactory. Witnesses said that there was a lack of coordination between Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada (INAC) in addressing issues such as food security and housing.⁷¹ In addition, existing programs to address food security did not take into account local conditions. For example, the INAC's food mail program that subsidizes the cost of food purchased by Northerners requires that food be purchased by credit cards, which few Inuit have.⁷² Finally, representatives from First Nations communities articulated that the Government of Canada had an obligation to address the social determinants of health as an issue of justice in line with Article 25 (1) of the Universal Declaration of Human Rights, which states that⁷³:

Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

What the Committee Wants

The Committee recognizes the importance of addressing TB in First Nations and Inuit communities in the context of the wider social determinants of health. Action on the social determinants of health will serve to complement public health efforts in preventing the spread of TB. The Committee believes that a whole-of-government approach is necessary to address the social determinants of health and greater coordination between federal departments with responsibilities related to First Nations and Inuit peoples is therefore also necessary. Consequently, the Committee recommends:

- **That the Government of Canada addresses the social determinants of health as part of its overall strategy to reduce the rates of tuberculosis in on reserve First Nations and Inuit communities.**

70 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, April 20, 2010, No. 10, 3rd Session of the 40th Parliament, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4443113/HESA_EV10-E.PDF, p.14.

71 Ibid, p.4.

72 Ibid, p.13.

73 Ibid, p.5.

- That the Government of Canada establishes an interdepartmental committee to promote horizontal collaboration on the social determinants of health among federal departments with responsibilities related to First Nations and Inuit.

THE WAY FORWARD

The Committee believes that the elevated rates of TB in First Nations and Inuit communities is an urgent problem that needs to be addressed through effective collaboration between all levels of government and First Nations and Inuit communities themselves. The Committee further believes that the Government of Canada has a leadership role to play in promoting this collaboration through its ongoing efforts to improve its existing national strategy to eliminate TB in on reserve First Nations and Inuit communities. The purpose of the Committee's study is to provide guidance to the Government of Canada in its current efforts to renew its National TB Elimination Strategy for on reserve First Nations and Inuit communities. The study revealed four main areas of action that should be addressed as components of this strategy, including:

- 1) Improve existing TB strategies and programs by developing national goals, targets and performance indicators measured on an annual basis to hold all players to account in their efforts to address this problem.
- 2) Address jurisdictional challenges in providing seamless TB prevention and treatment programs to First Nations and Inuit communities.
- 3) Ensure the involvement of First Nations and Inuit communities in the development of TB strategies and programming to promote equality, community ownership and capacity building.
- 4) Include measures to address the social determinants of health as a key component of a TB elimination strategy for on reserve First Nations and Inuit communities.

The Committee believes that taking action in these areas is the way forward in reducing the disparities in health between First Nations and Inuit and non-Aboriginal Canadians, as manifested by the disproportionately high rates of TB in on reserve First Nations and Inuit communities across the country.

LIST OF RECOMMENDATIONS

A. Health Canada's National TB Control Program and Elimination Strategy

- That Health Canada accelerate the renewal of its National TB Elimination Strategy utilized in on reserve First Nations and Inuit communities.
- That Health Canada define a TB Control Program for on reserve First Nations and Inuit communities, with goals and targets, and performance indicators that are measured on an annual basis at the regional level and/or national level in order to determine whether its regional branches are delivering the program according to national and international standards in TB prevention and control.
- In recognition of the federal government's fiduciary responsibility towards Aboriginal peoples and other related responsibilities, that Health Canada takes a long-term and collaborative approach to this issue with sufficient funding to sustain a long-term program.
- That the Auditor General evaluates the impact of past allocations to Health Canada's National TB Control Program in on reserve First Nations and Inuit communities.
- That the Government of Canada establish an emergency fund to support communities at the epicentre of the TB outbreaks. This fund could be used to support the activities of emergency TB assessment teams if they are specifically requested for by the province or territory.

B. Collaboration Across Jurisdictions

- That federal, provincial and territorial governments establish clear lines of responsibility for medical TB treatment for all Aboriginal peoples.

- That all levels of government, inter-tribal health authorities, Métis and Inuit organizations and First Nations collaborate closely in order to remove jurisdictional constraints in providing optimal TB care to First Nations, Inuit and Métis people.
- That Jordan's Principle be adopted and applied in the context of tuberculosis prevention and treatment to ensure that the necessary care for a First Nation's child is not delayed or disrupted due to jurisdictional disagreement or dispute. (Canadian Public Health Association)
- That data be collected by federal, provincial and territorial levels of government in a manner that preserves personal privacy and confidentiality, while being otherwise available across jurisdictions in order to track TB cases when necessary.

C. Involvement of First Nations and Inuit Communities in TB Prevention and Control

- That Health Canada continue to engage First Nations and Inuit communities as full partners in the development of TB programs and strategies.
- That Health Canada's TB programming and national strategy focus on enhancing local capacity to promote community ownership of problems and solutions.
- That Health Canada support grass-roots programs, such as SCRAP-TB, that build capacity for community-led programs, as part of its overall strategy to address TB in these communities.

D. Social Determinants of Health

- That the Government of Canada addresses the social determinants of health as part of its overall strategy to reduce the rates of tuberculosis in on reserve First Nations and Inuit communities.

- That the Government of Canada establishes an interdepartmental committee to promote horizontal collaboration on the social determinants of health among federal departments with responsibilities related to First Nations and Inuit.

APPENDIX A

LIST OF WITNESSES

Organizations and Individuals	Date	Meeting
As Individuals	2010/04/20	10
Earl Hershfield, Professor of Medicine, University of Manitoba, Former Director of Tuberculosis, Province of Manitoba		
Pamela Orr, Professor, Department of Medicine, Medical Microbiology and Community Health Science, University of Manitoba		
Assembly of First Nations		
Chief Angus Toulouse, Regional Chief		
Kiimberley Barker, Public Health Advisor		
Canadian Lung Association		
Brian Graham, Chair of the Chronic Disease Policy, Chief Executive Officer of the Lung Association of Saskatchewan		
Canadian Public Health Association		
Elaine Randall, Communicable Disease Consultant, Department of Health and Social Services, Government of Nunavut		
James Chauvin, Policy Director		
Canadian Society for International Health		
Janet Hatcher Roberts, Executive Director		
Department of Health		
Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch		
Rose-Marie Ramsingh, Executive Director, Community Medicine, First Nations and Inuit Health Branch		
Inuit Tapiriit Kanatami		
Elizabeth Ford, Director, Department of Health and Environment		
Gail Turner, Chair, National Committee on Health and Director of Health Services, Department of Health and Social Development, Government of Nunatsiavut		
Northlands Denesuline First Nation		
Chief Joseph Dantouze		
University of Alberta		
Richard Long, Professor, Director of the Tuberculosis Program Evaluation and Research Unit, First Nations and Inuit Health Immediate Past Medical Officer of Health for Tuberculosis, Province of Alberta		
Anne Fanning, Professor Emeritus, Faculty of Medicine		

APPENDIX B

LIST OF BRIEFS

Organizations and Individuals

Assembly of First Nations

Canadian Lung Association

Canadian Society for International Health

Inuit Tapiriit Kanatami

University of Alberta

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings (Meetings Nos. 10 and 18) is tabled.

Respectfully submitted,

Joy Smith, MP

Chair

Liberal Report to 'The Way Forward: Addressing the Elevated Rates of Tuberculosis Infection in First Nations and Inuit Communities'

From H1N1, to the isotopes shortage, and as we have seen now with the elevated rates of tuberculosis infection in First Nations and Inuit Communities, the Conservative Government's response to health issues is to wrap itself in a constitutional cocoon refusing to acknowledge its responsibility and authority for the health of Canadians.

This government's failure to accept any responsibility for the health of Canadians is nothing new. In June 2008 we wrote a dissenting report for the *Statutory Parliamentary Review of the 10-year plan to Strengthen Health Care*. We noted, "This Conservative government has taken a rigid stance on health care being a provincial responsibility and has therefore refused to participate. The responsibility for the health of Canadians is clearly a shared responsibility across all government departments, across all jurisdictions and across all sectors. There is no partner in Ottawa for Health and Health Care." These same words could be written today.

Every health-related question we ask this government is met with a familiar refrain: "we're working with the provinces and territories"; "the delivery of health care is a provincial and territorial responsibility"; "this is the jurisdiction of the provinces and territories".

If this government were truly working with the provinces and territories, the stakeholders on the ground, and listening to the excellent testimony by the myriad of expert witnesses with years of experience combating tuberculosis, they would hear the pleas for federal leadership. They would also hear that when the federal government does play a role, that is must be one of facilitation and solutions rather than obstruction.

All substantial material presented at the Standing Committee on Health hearing on April 20, if acted upon, would assist in significantly improving prevention and treatment of tuberculosis (TB) in First Nation and Inuit communities in Canada.

Our goal of this report – in the absence of any leadership from the Conservative government – is to ensure that the elevated TB rates are recognized as an urgent problem requiring urgent action (as the rates are, in some cases, comparable to a century ago, and to some Sub-Saharan African rates today), that Inuit and Métis are included in the tuberculosis strategy, and that jurisdictional challenges be clarified so that responsibility is not deflected, and people do not 'fall through the cracks' of the system, and ultimately suffer.

Over the last five years, \$42 million was spent on TB programs, yet the rates of infection continued to climb. Going forward, we want to insure that funds are used in the best manner possible - allocated to regions, with real targets, with real accountability.

As we saw with the H1N1 crisis, the 4 C's of David Naylor's Report written in the aftermath of SARS – communication, collaboration, cooperation, and a clarity of who does what when – were not adhered while addressing the issue of tuberculosis infection in First Nations and Inuit Communities.

Jurisdictional disputes are simply inexcusable when they impact a disease as devastating and potentially deadly as tuberculosis - a disease for which Canada has pledged to meet international standards.

Canada has a duty and moral responsibility to work with Aboriginal Canadians to reduce the incidence of TB, particularly when First Nations (with an incidence rate of 26.6 per 100,000) and Inuit (157.5 per 100,000) have a significantly higher rate of a disease than Canadian born non-Aboriginal (0.8 per 100,000).

An example of this dysfunction was evidenced by the testimony of Dr. Earl Hershfield, who stated that Manitoba's regional branch of FNIHB, "abdicated their responsibility by contracting out the services on reserve to the Winnipeg Regional Health Authority. The Winnipeg Regional Health Authority, in my view, looks after health in Winnipeg. I have no idea what it's doing on reserve." He further stated, "there isn't a regular TB program directed from the top down. That is one of the problems in Manitoba and it is why, as I see it, Manitoba has the highest TB rates in Canada outside of Nunavut."

Tuberculosis control is simple and is based on the global standard to find new cases, cure these cases, find infections and prevent progression to active disease and maintain surveillance in high risk groups. The Minister of Health must take responsibility in ensuring a collaborative response is executed among jurisdictions. To ensure collaboration across jurisdictions, we recommend:

- The federal Minister of Health call for an emergency meeting of provincial and territorial ministers of health, as well as leaders of national Aboriginal organizations, to take an honest look at issues of jurisdiction and process that may be behind the current rates of TB in Canadian Aboriginal peoples
- That Provincial and Territorial ministers of Aboriginal affairs, as well as Indian and Northern Affairs Canada, convene a First Ministers' Meeting to address the social determinants of health
- That Federal, Provincial, and Territorial governments include Métis in programs and strategies that address TB in Aboriginal communities
- That one single unified TB program in each province and territory be established for both Aboriginal and non-Aboriginal peoples. The program must be accountable to, and the responsibility of, the Chief Provincial or Territorial Medical Officer of Health (CPMOH), and must be evaluated annually, based on agreed deliverables for which the provinces must be accountable

We believe that the Public Health Network put in place in the aftermath of SARS must be formalized, and be tasked to lead any subsequent public health outbreak. This Public Health network would be run out of the Public Health Agency of Canada, and fall under the leadership of the Chief Public Health Officer for Canada. This new network would be tasked with:

- Revising and renewing the First Nations National TB Elimination Strategy. It is unacceptable that the Canadian Tuberculosis Prevention and Control Strategy - drafted in Winter, 2009 - shows in appendix 9 that the FNIHB TB strategy remains under construction
- Urgently defining a TB control program and strategy – the what, by when, and how - with goals and performance indicators that are measured at the provincial, territorial and regional level in order to determine whether regional branches are delivering the program according to national and international standards in TB prevention and control. Performance must be evaluated on an annual basis.
- Initiating an emergency strategy to immediately send in teams to the epicentre of the TB outbreaks to provide assessments to start addressing the problem

- Engaging First Nations and Inuit communities as full partners in the development of TB programs and strategies
- Ensuring that there are clearly articulated objectives and performance targets, and an evaluation process. These must be based on the agreed upon deliverables and must meet national and international standards. The data from each of the provincial/territorial evaluations must be openly available and shared with all concerned groups (government/nongovernment/academic/clinicians and aboriginal communities and organizations) and be the basis on which changes are made to improve outcomes. A national consensus conference should be convened to define the program goals and performance indicators
- Ensuring that the \$47,000 needed to treat each case of tuberculosis – as suggested by the Canadian Tuberculosis Prevention Control Strategy Winter 2009 draft document – is readily available
- Starting TB programs that support, nurture and form a true partnership with those in each community or social group to improve, enhance and build “capacity”, in order to promote community ownership of problems and the solutions. Building capacity in partnership with communities will require an investment in training of community health aides, and should reinstitute a cadre of health workers who are well trained, respected, rewarded and sustained.
- Addressing the social determinants of health as part of its overall strategy to reduce the rates of tuberculosis in First Nations and Inuit communities, including poverty, overcrowding, poor housing, poor nutrition, HIV/ AIDS and Diabetes Mellitus amongst others. Ignoring the disparity in social determinants is no longer an option, but delays in improvement cannot be an excuse for failing to deliver strong sustained, measurable TB control programs now

Finally, we would like to address an issue that was not discussed at the Standing Committee: the co-epidemic of HIV/AIDS and TB. Although incidence of HIV has decreased in the Canadian population, HIV rates have steadily increased in First Nations and Inuit populations.

Although Aboriginal people represent only 3.3% of the Canadian population, they have 5-8% of prevalent infections and 6-12% of new HIV infections in Canada in 2002.

People with HIV are up to 50 times more likely to develop TB than HIV-negative people. This is because (1) HIV affects the immune system and increases the likelihood of people acquiring new TB infection; and (2) also promotes the progression of latent TB infection to active disease and relapse of the disease in previously treated patients.

We believe that diagnosis and treatment of HIV/AIDS is a must, as is diagnosis and treatment of TB.

To conclude, we believe that the elevated rates of TB in First Nations and Inuit communities is an urgent problem that needs to be addressed through communication, collaboration, cooperation, with a clarity of who does what and when between all levels of government and First Nations and Inuit Communities themselves. The federal government must stop abdicating its responsibility and play a leadership role in promoting this collaboration through the development of a national strategy to eliminate TB in First Nations and Inuit Communities. Federal leadership cannot be obstruction. These matters are of such urgency that they demand immediate corrective action, and the attention of an interdepartmental committee at the federal level. Formalizing the Public Health Network is a necessary start to this strategy.

**Bloc Québécois – Supplementary Opinion
Report of the Standing Committee on Health**

***The Way Forward: Addressing the Elevated Rates of Tuberculosis Infection in
On-reserve First Nations and Inuit Communities***

First of all, the Bloc Québécois would like to acknowledge the valuable contribution of the stakeholders and witnesses who participated in this study of elevated rates of tuberculosis infection in Aboriginal communities. The Bloc Québécois supports the spirit of this committee report which advocates action to address these high rates of infection. Committee members should also be congratulated for highlighting the importance of enlisting Aboriginal communities in the fight against tuberculosis and for proposing that Jordan's Principle be applied. However, the Bloc Québécois would like to raise two important points that require comment.

RESPECTING QUEBEC'S ESTABLISHED ORGANIZATIONS

The report states that the federal government has some responsibility regarding the health of the Inuit, including those living in Nunavik. However, Quebec's regional health and social services boards are well-established organizations, and the Nunavik board directs health initiatives in that region. It is essential for the federal government to respect the board's long-standing jurisdiction in Nunavik and the policies of the Quebec Ministry of Health and Social Services. The Inuit of Nunavik have their own regional board and are responsible for administering the services provided for by the *Act respecting health services and social services*, as set out in the James Bay Agreement.

SPENDING POWER

In the section entitled "The Federal Role," the report also mentions the federal government's so-called "spending power." Successive Quebec governments have challenged this view of federalism, and the Bloc Québécois cannot let this reference to federal power go unmentioned. The report states that this constitutional power allows the federal government to be involved in the area of health. However, Quebec has always maintained that this "spending power" simply does not exist and that federal interventions in areas under Quebec jurisdiction are unconstitutional. In short, the Bloc Québécois cannot ignore the groundless claim contained in the report.

D'entrée de jeu, le Bloc Québécois aimerait souligner la précieuse contribution des intervenants et des témoins qui ont participé à cette étude sur le taux élevé de tuberculose dans les communautés autochtones. Le Bloc Québécois est d'accord avec l'esprit du présent rapport du comité voulant agir face aux taux élevés de tuberculose dans les réserves des Premières Nations et dans les collectivités Inuit. Il est important de féliciter les membres du comité qui ont su révéler l'importance d'inclure les communautés autochtones à la lutte antituberculeuse ainsi que de mettre de l'avant le principe de Jordan. Cependant, le Bloc Québécois aimerait souligner deux points importants qui nécessitent des précisions.

RESPECT DES STRUCTURES DÉJÀ EN PLACE AU QUÉBEC

Comme le stipule le rapport, le fédéral a une certaine responsabilité face à la santé des Inuit, incluant ceux vivant au Nunavik. Il demeure toutefois qu'une structure bien établie est déjà en place au Québec, soit les Régions Régionales de la Santé et des Services Sociaux (RRSSS). La RRSSS du Nunavik oriente les interventions en santé sur ce territoire. Il est donc primordial que le fédéral respecte la façon de faire de cet établissement bien établi au Nunavik et des orientations du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Les Inuit du Nunavik ont donc leur propre région et administreront eux-mêmes les services prévus par la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec, tel que défini dans la Convention de la Baie-James.

LE POUVOIR DE DÉPENSER

Le rapport fait aussi mention du prétexte « pouvoir de dépenser » du gouvernement fédéral dans la section du *Rôle du gouvernement fédéral*. Le Bloc Québécois ne peut passer sous silence cette allusion au pouvoir fédéral alors que les gouvernements du Québec ont toujours contesté cette vision du fédéralisme. Il est mentionné que le fédéral peut intervenir dans le domaine de la santé en raison de ce pouvoir que lui confère la Constitution. Or, le Québec a toujours estimé que ce prétexte « pouvoir de dépenser » n'existe tout simplement pas et que les interventions fédérales dans les domaines relevant de la compétence du Québec sont inconstitutionnelles. Bref, le Bloc Québécois ne pouvait passer sous silence cette fausse vérité contenue dans le rapport.

canadienne, les taux de VIH n'ont pas cessé d'augmenter dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Les Autochtones ne représentent que 3,3 % de la population canadienne, mais ils avaient un taux d'infection de 5 à 8 % et étaient touchés dans une proportion de 6 à 12 % par les nouveaux cas d'infection au VIH au Canada en 2002.

Les personnes atteintes du VIH sont 50 fois plus susceptibles de développer la tuberculose que celles qui n'ont pas le VIH pour les raisons suivantes : 1) le VIH touche le système immunitaire et augmente le risque d'infection tuberculeuse; 2) il favorise la progression d'une infection tuberculeuse latente vers la maladie et la rechute de patients ayant déjà été traités.

Nous croyons que le diagnostic et le traitement du VIH/sida sont essentiels tout comme le sont le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

Pour terminer, nous croyons que les taux élevés de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits est un problème urgent auquel il faut s'attaquer au moyen d'une formule axée sur la communication, la collaboration, la coopération et la clarté quant au rôle de chacun et aux échanciers à respecter entre tous les ordres de gouvernement et les collectivités des Premières nations et des Inuits. Le gouvernement fédéral doit cesser de se dérober à sa responsabilité; il doit jouer un rôle de leadership dans la promotion de cette collaboration grâce à l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre la tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Leadership fédéral n'est pas synonyme d'obstruction. Ces questions sont si urgentes qu'elles exigent l'adoption immédiate de mesures correctives et l'attention d'un comité interministériel fédéral. Un point de départ essentiel de cette stratégie est l'établissement en bonne et due forme du Réseau de santé publique.

menaçant la santé publique. Ce réseau serait dirigé par l'Agence de la santé publique du Canada et relèverait de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada. Il s'acquitterait des fonctions suivantes :

- réviser et revoir la stratégie nationale d'élimination de la tuberculose chez les Premières nations; il est inacceptable que la Stratégie de lutte antituberculeuse élaborée à l'hiver 2009 indique dans l'annexe 9 que la stratégie de lutte contre la tuberculose de la DGSPNI est toujours en chantier;
- définir de toute urgence un programme et une stratégie de lutte antituberculeuse – cernant le problème, établissant un échéancier et comportant des mesures à prendre – assortis d'objectifs et d'indicateurs de rendement mesurés à l'échelon provincial, territorial et régional de manière à déterminer si les directions régionales exécutent le programme conformément aux normes nationales et internationales en matière de prévention et de lutte contre la tuberculose. Le rendement à cet égard doit faire l'objet d'une évaluation annuelle;
- concevoir une stratégie d'urgence pour dépêcher immédiatement des équipes à l'épicentre des écloisons de tuberculose afin qu'elles procèdent à des évaluations aux fins de prendre des mesures correctives;
- faire des collectivités des Premières nations et des Inuits des partenaires à part entière dans l'élaboration de programmes et de stratégies de lutte contre la tuberculose;
- veiller à ce que les objectifs, les cibles de rendement et un processus d'évaluation soient clairement établis en fonction des résultats attendus et selon les normes nationales et internationales; les données de chaque évaluation provinciale ou territoriale doivent être accessibles et communiquées à tous les groupes concernés (gouvernement, organismes non gouvernementaux, milieux universitaires et médecins, de même que collectivités et organisations autochtones) et servir de fondement aux modifications apportées en vue d'améliorer les résultats; une conférence nationale de concertation devrait être organisée afin de définir les objectifs de programme et les indicateurs de rendement;
- faire en sorte que les 47 000 \$ nécessaires pour traiter chaque cas de tuberculose (comme l'indique l'ébauche de stratégie antituberculeuse du Canada de l'hiver 2009) soient facilement accessibles;
- instaurer des programmes de lutte antituberculeuse qui établissent un véritable partenariat avec les gens de toutes les collectivités et groupes sociaux, le soutiennent et le font progresser afin de renforcer leurs capacités de façon que ces collectivités prennent elles-mêmes leurs problèmes en main et trouvent des solutions. Le renforcement des capacités dans le cadre de partenariat avec les collectivités nécessitera un investissement dans la formation d'auxiliaires en santé qualifiés, respectés, rémunérés et soutenus;
- s'attaquer, dans le cadre de sa stratégie globale de réduction des taux de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, aux déterminants sociaux de la santé, notamment la pauvreté, le surpeuplement, l'insalubrité des logements, la mauvaise alimentation, le VIH/sida et le diabète sucré; il n'est plus possible de faire abstraction des déterminants sociaux, mais les retards dans l'amélioration de la situation ne peuvent servir de prétexte pour ne pas mettre en œuvre des programmes de lutte antituberculeuse solides, durables et mesurables.

Enfin, nous aimerions soulever une question sur laquelle le Comité ne s'est pas penché : l'épidémie de co-infection de VIH/sida et de tuberculose. Bien que l'incidence de VIH ait diminué dans la population

Nous croyons que le Réseau de santé publique mis en place à la suite de la crise du SRAS doit être établi en bonne et due forme et chargé de diriger les mesures d'intervention en cas de poussée épidémique

Naylor à la suite de la crise du SRAS, n'a pas été respectée pour s'attaquer au problème de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Les différends relatifs à la compétence sont tout simplement injustifiables quand ils concernent une maladie aussi dévastatrice et potentiellement mortelle que la tuberculose, maladie à l'égard de laquelle le Canada s'est engagé à respecter des normes internationales.

Le Canada a le devoir et la responsabilité morale de travailler en collaboration avec les Autochtones canadiens afin de réduire l'incidence de la tuberculose, compte tenu du fait que les taux de maladie sont considérablement plus élevés chez les Premières nations (26,6 cas pour 100 000 personnes) et les Inuits (57,5 cas pour 100 000 personnes) que les citoyens non autochtones nés au Canada (0,8 cas pour 100 000 personnes).

Lors de son témoignage, le docteur Earl Hersfield a donné un exemple du problème en déclarant que la section manitobaine de la DGSPNI s'était « déchargée de sa responsabilité en passant un contrat avec l'Office régional de la santé de Winnipeg en ce qui a trait à la prestation des services dans les réserves ». Il a précisé : « À mon sens, l'Office régional de la santé de Winnipeg doit s'occuper de la santé de Winnipeg. Je ne comprends pas du tout ce que ces gens font dans les réserves. » Il a ajouté : « Il n'y a pas de programme régulier de lutte contre la tuberculose, auquel seraient dédiés un directeur et des subordonnés. C'est l'un des problèmes qui se pose au Manitoba, et c'est pour cette raison, à mes yeux, que le Manitoba a le taux de tuberculose le plus élevé du Canada, après le Nunavut. »

La lutte contre la tuberculose est simple et fondée sur la norme mondiale visant à détecter les nouveaux cas, guérir les malades, dépister les infections, prévenir l'évolution vers la maladie clinique et assurer la surveillance des groupes à risque. Il incombe à la ministre de la Santé de veiller à ce que les provinces et territoires appliquent des mesures d'intervention coordonnées. Pour assurer la collaboration entre les compétences, nous recommandons ce qui suit :

- que la ministre fédérale de la Santé convoque les ministres provinciaux de la Santé et les dirigeants des organisations autochtones nationales à une réunion d'urgence afin de procéder à un examen honnête des questions de compétence et des processus qui peuvent être à l'origine des taux actuels de tuberculose parmi les Autochtones du Canada;
- que les ministres provinciaux et territoriaux des Affaires autochtones et le ministre fédéral des Affaires indiennes et du Nord canadien organisent une réunion des premiers ministres portant sur les déterminants sociaux de la santé;
- que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux incluent les Métis dans leurs programmes et stratégies de lutte contre la tuberculose dans les collectivités autochtones;
- qu'un seul programme harmonisé de lutte contre la tuberculose soit établi dans chaque province et territoire et qu'il s'adresse tant aux Autochtones qu'aux personnes non autochtones; ce programme doit rendre des comptes au médecin-hygiéniste en chef de la province ou du territoire, lequel assume la responsabilité du programme, et faire l'objet d'une évaluation annuelle fondée sur les résultats attendus dont les provinces doivent assumer la responsabilité.

Comme nous avons pu le constater lors de la pandémie de grippe H1N1 et de la pénurie d'isotopes et nouveau. En juin 2008, nous avons produit un rapport dissident pour accompagner le rapport intitulé *Examen, prévu par la loi, du Plan décennal pour consolider les soins de santé*, et nous avons fait remarquer ce qui suit : « Ayant adopté la position tout à fait rigide que la santé est une compétence provinciale, le gouvernement conservateur refuse d'y participer. La santé des Canadiens est manifestement une sphère de compétence qui intéresse tous les ministères, tous les ordres de gouvernement et tous les secteurs. Il n'y a pas à Ottawa de partenaire pour la santé et les soins de santé. » Nous pourrions formuler ces mêmes observations aujourd'hui.

À chaque question touchant la santé, le gouvernement reprend les mêmes vieux refrains : « Nous collaborons avec les provinces et les territoires », « la prestation des soins de santé relève des provinces et des territoires », « il s'agit d'un domaine de compétence provinciale et territoriale ».

Si le gouvernement travaillait réellement en collaboration avec les provinces et les territoires ainsi que les intervenants sur le terrain, et qu'il écoutait le témoignage concluant des nombreux experts qui comptent des années d'expérience dans la lutte contre la tuberculose, il entendrait les plaidoyers pour un leadership fédéral. Il comprendrait également que le rôle du gouvernement fédéral consiste à appuyer et à offrir des solutions et non à faire de l'obstruction.

Si le gouvernement tenait compte de l'information importante présentée au Comité permanent de la santé lors de son audience du 20 avril, et qu'il prenait des mesures en conséquence, il contribuerait à améliorer considérablement la prévention et le traitement de la tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits du Canada.

Vu l'absence de leadership de la part du gouvernement conservateur, le présent rapport vise à faire en sorte que les taux élevés de tuberculose soient considérés comme un problème urgent qui nécessite une intervention d'urgence (étant donné que dans certains cas, les taux sont comparables à ceux d'il y a un siècle et à ceux que connaissent aujourd'hui certains pays de l'Afrique subsaharienne), que la stratégie de lutte contre la tuberculose prenne en compte les Inuits et les Métis, et que les questions liées à la compétence soient clarifiées de manière que la responsabilité ne soit pas déviée et que des citoyens ne soient pas victimes des défaillances du système et finissent par en souffrir.

Au cours des cinq dernières années, 42 millions de dollars ont été consacrés à des programmes de lutte contre la tuberculose et pourtant, les taux d'infection continuent d'augmenter. Nous voulons nous assurer qu'à l'avenir, les fonds sont mieux utilisés – qu'ils sont affectés aux régions et comportent de véritables objectifs et une véritable responsabilité.

Comme ce fut le cas lors de la crise de la grippe H1N1, la formule des quatre C, à savoir la collaboration, la coopération, la communication et la clarté quant au rôle de chacun, énoncée dans le rapport de David

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents (séances nos 10 et 18) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Joy Smith, députée

ANNEXE B LISTE DES MÉMOIRES

Organismes et particuliers

Assemblée des Premières Nations

Association pulmonaire du Canada

Inuit Tapiriit Kanatami

Société canadienne des santé internationale

Université de l'Alberta

Organisations et individus

Date

Réunion

Northlands Denesuline First Nation

Chef Joseph Dantouze

Société canadienne de santé internationale

Janet Hatcher Roberts, directrice générale

Université de l'Alberta

Richard Long, professeur, directeur de l'Unité d'évaluation et de
recherche sur le programme de tuberculose, Plus récent ex-
médecin hygiéniste en matière de tuberculose pour les
Premières nations et les Inuits

Anne Fanning, professeure émérite, Faculté de médecine

ANNEXE A LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
A titre personnel	2010/04/20	10

Earl Hersfield, professeur en médecine, Université du Manitoba, Ancien directeur de Tuberculose, Province du Manitoba
 Pamela Orr, professeure, Département de médecine, de microbiologie médicale et de sciences de la santé
 communauté, Université du Manitoba

Assemblée des Premières Nations

Le chef Angus Toulouse, chef régional

Klimberley Barker, consultante en matière de santé publique

Association canadienne de santé publique

Elaine Randall, consultante, prévention des maladies infectieuses, Département de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Nunavut

James Chauvin, directeur des politiques

Association pulmonaire du Canada

Brian Graham, président de la Politique des maladies chroniques, président-directeur général de l'Association pulmonaire de la Saskatchewan

Inuit Tapiriit Kanatami

Elizabeth Ford, directrice, Département de la Santé et de l'Environnement

Gail Turner, présidente, Comité national sur la santé et directrice des services de santé, ministère de la Santé et du Développement social, Gouvernement du Nunatsiavut

Ministère de la Santé

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Rose-Marie Ramsingh, directrice exécutive, Médecine communautaire, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

- Que, dans le cadre de sa stratégie globale de lutte antituberculeuse soutienne des programmes d'initiative locale qui, comme le programme SCRAP-TB, contribuent à constituer, dans les collectivités concernées, les capacités voulues pour une prise en charge par les ressources locales.

D. Déterminants sociaux de la santé

- Que le gouvernement du Canada intègre un volet socioéconomique à sa stratégie globale de réduction des taux de tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites.

- Que le gouvernement du Canada institue un comité interministériel chargé de promouvoir, entre les ministères fédéraux ayant des responsabilités vis-à-vis des Premières nations et des Inuits, une collaboration horizontale sur les déterminants sociaux de la santé.

B. Collaboration entre ordres de gouvernement

- Que les autorités fédérales, provinciales et territoriales déterminent clairement leurs attributions respectives quant au traitement de la tuberculose chez tous les peuples autochtones.

- Que tous les paliers de gouvernement, les administrations de la santé intertribales, les organisations des Métis et des Inuits et les Premières nations travaillent en étroite collaboration pour faire disparaître les problèmes de compétence qui nuisent à la prestation de soins antituberculeux optimaux aux Premières nations, aux Métis et aux Inuits.

- Que l'on applique le principe de Jordan dans la lutte antituberculeuse de manière que les querelles de compétence ne risquent pas de nuire à la prise en charge d'un enfant des Premières nations.

- Que les données nécessaires soient recueillies par les autorités fédérales, provinciales et territoriales d'une manière qui permette de protéger leur caractère confidentiel ainsi que les renseignements personnels des intéressés, mais qu'elles puissent néanmoins être transmises à tous les paliers de gouvernement concernés pour que l'on puisse suivre au besoin les cas de tuberculose.

C. Participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse

- Que Santé Canada continue de faire des collectivités des Premières nations et des Inuits des partenaires à part entière dans l'élaboration des programmes et stratégies de lutte antituberculeuse.

- Que les activités et la stratégie nationale de lutte antituberculeuse de Santé Canada cherchent à renforcer les capacités locales de manière à responsabiliser les collectivités locales.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

A. Le Programme national de lutte antituberculeuse et la stratégie d'élimination de la tuberculose de Santé Canada

- Que Santé Canada accélère le renouvellement de sa stratégie d'élimination de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites.
- Que Santé Canada institue un programme de lutte antituberculeuse à l'intention des réserves des Premières nations et des collectivités inuites assorti d'objectifs, de cibles et d'indicateurs de rendement mesurés annuellement au niveau régional ou national de manière à déterminer si les directions régionales exécutent le programme conformément aux normes nationales et internationales en la matière.

- Compte tenu de la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral envers les Autochtones et d'autres responsabilités connexes, que Santé Canada aborde le problème de la tuberculose dans un contexte à long terme et dans un esprit de collaboration, et que le financement prévu soit suffisant pour soutenir un programme de longue durée.

- Que le Bureau du vérificateur général évalue les répercussions des affectations de crédits passées au programme national de lutte antituberculeuse dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites de Santé Canada.

- Que le gouvernement du Canada institue un fonds d'urgence pour soutenir les collectivités qui se trouvent à l'épicentre d'éclotions de tuberculose. Ce fonds pourrait servir à financer les activités des équipes d'évaluation d'urgence, quand l'intervention de celles-ci est spécifiquement demandée par les provinces et les territoires.

2) Atténuer les problèmes de compétence en offrant un ensemble continu de programmes de lutte antituberculeuse aux collectivités des Premières nations et des Inuits.

3) Voir à ce que les collectivités des Premières nations et des Inuits participent à la conception des stratégies et programmes de lutte antituberculeuse de manière à promouvoir l'égalité, la responsabilisation locale et le développement des capacités.

4) Intégrer à toute stratégie d'éradication de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites des mesures permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Le Comité estime qu'un tel train de mesures pavera la voie vers une réduction des disparités, sur le plan de la santé, entre les Premières nations et les Inuits et le reste de la population canadienne, disparités qui transparaissent dans les taux de tuberculose, considérablement plus élevés dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites que dans le reste de la population.

cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

Ce que veut le Comité

Le Comité est conscient du fait que, dans la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, il faut tenir compte des déterminants sociaux de la santé et intervenir à ce chapitre pour compléter l'action des autorités sanitaires. Il privilégie, à ce sujet, une démarche pangouvernementale et une plus grande coordination des activités des ministères fédéraux qui s'occupent des Premières nations et des Inuits. Il recommande en conséquence :

- Que le gouvernement du Canada intègre un volet socioéconomique à sa stratégie globale de réduction des taux de tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites.
- Que le gouvernement du Canada institue un comité interministériel chargé de promouvoir, entre les ministères fédéraux ayant des responsabilités vis-à-vis des Premières nations et des Inuits, une collaboration horizontale sur les déterminants sociaux de la santé.

LA VOIE DE L'AVENIR

Le Comité considère que les taux particulièrement élevés de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits constituent un problème qu'il est urgent de régler grâce à une bonne collaboration entre les ordres de gouvernement concernés et les collectivités concernées. Il estime en outre que le gouvernement du Canada doit prendre l'initiative de promouvoir ce type de collaboration dans le contexte de l'amélioration continue de sa stratégie nationale d'éradication de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites. Il s'est donc donné pour mission avec la présente étude de guider le gouvernement du Canada à l'occasion du renouvellement de la stratégie nationale d'élimination de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites. Son étude a permis de dégager quatre grands axes :

- 1) Améliorer les stratégies et programmes de lutte antituberculeuse en assortissant ceux-ci d'objectifs, de cibles et d'indicateurs de rendement à caractère annuel pour faciliter la reddition de comptes de tous les intervenants.

Ce qu'on a dit au Comité

Tous les témoins qui ont comparu devant le Comité ont insisté sur l'importance de s'attaquer aussi aux conditions socioéconomiques propices à la propagation de la tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Pour eux, la tuberculose est une maladie sociale avec un aspect médical⁶⁷. En particulier, ils imputent en partie la propagation de la maladie aux mauvaises conditions de logement. On a signalé, par exemple, au Comité que dans la première nation Northlands du Lac Brochet au Manitoba, les maisons abritent en moyenne 5,2 personnes et la plupart n'ont pas de système de ventilation convenable⁶⁸, des conditions qui ne font qu'accroître le risque de propagation de la bactérie⁶⁹. En outre, l'insécurité alimentaire, notamment le manque de fruits et de légumes, entraîne un mauvais développement du système immunitaire et fait croître le risque que l'infection se mue en maladie déclarée⁷⁰.

Les témoins entendus estiment que les efforts du gouvernement fédéral au sujet des déterminants sociaux de la santé laissent à désirer. Ils ont dit déplorer le manque de coordination entre Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada dans les dossiers de la sécurité alimentaire et du logement⁷¹ et le fait que les programmes touchant la sécurité alimentaire ne tiennent pas compte des conditions locales. Par exemple, les règles du programme Aliments-poste d'AINC qui subventionne les achats d'aliments des résidents du Grand Nord exigent que ceux-ci soient réglés par carte de crédit, alors que très peu d'Inuits en ont une⁷². Enfin, les représentants des collectivités des Premières nations estiment que le gouvernement du Canada a l'obligation de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Pour eux, c'est une question de justice conformément au paragraphe 25(1) de la Déclaration universelle des droits de l'homme, lequel porte que⁷³ :

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habilement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en

67	<i>ibid.</i> , p. 14.
68	<i>ibid.</i> , p. 4.
69	Assemblée des Premières Nations, « Fiche de renseignement : En tant que déterminant social de la santé, le logement accroît le risque de tuberculose chez les Inuits et les peuples des Premières Nations », 2010, document présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.
70	Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, <i>Témoignages</i> , 20 avril 2010, réunion n° 10, 3 ^e session de la 40 ^e législature, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4443113/HESAEV10-E.PDF , p. 14.
71	<i>ibid.</i> , p. 4.
72	<i>ibid.</i> , p. 13.
73	<i>ibid.</i> , p. 5.

nécessaire, nous a-t-on dit, pour que les collectivités se prennent en main et qu'elles se dotent des ressources nécessaires⁶⁴. Le Comité a été saisi d'un programme administré en Colombie-Britannique qui donne de bons résultats. Le programme, appelé Stratégic Community Risk Assessment and Program for TB (SCRAP-TB)⁶⁵ est un programme d'initiative locale financé par le gouvernement fédéral et d'autres partenaires qui permet aux Premières nations de s'investir dans la lutte antituberculeuse, notamment par des activités de sensibilisation et par l'observation directe de programmes de traitement de la tuberculose. Les témoins estiment que le programme SCRAP-TB témoigne de l'importance de concevoir des programmes de lutte antituberculeuse bien adaptés aux besoins et à la culture propres aux Premières nations et aux Inuits⁶⁶.

Ce que veut le Comité

Le Comité est convaincu qu'il faut faire des collectivités des Premières nations et des Inuits des partenaires à part entière dans la lutte antituberculeuse si l'on veut s'attaquer efficacement aux taux élevés de tuberculose qu'on y observe. Il souscrit aux efforts déployés par le gouvernement fédéral pour interpeler les dirigeants de ces collectivités et développer les capacités locales. Il estime en outre que la lutte antituberculeuse doit être adaptée aux besoins et à la culture propres aux populations autochtones du Canada. En conséquence, il recommande :

- Que Santé Canada continue de faire des collectivités des Premières nations et des Inuits des partenaires à part entière dans l'élaboration des programmes et stratégies de lutte antituberculeuse.
- Que les activités et la stratégie nationale de lutte antituberculeuse de Santé Canada cherchent à renforcer les capacités locales de manière à responsabiliser les collectivités locales.
- Que, dans le cadre de sa stratégie globale de lutte antituberculeuse, Santé Canada soutienne des programmes d'initiative locale qui, comme le programme SCRAP-TB, contribuent à constituer, dans les collectivités concernées, les capacités voulues pour une prise en charge par les ressources locales.

64	<i>Ibid.</i> , p. 12.
65	<i>Ibid.</i> , p. 18.
66	<i>Ibid.</i>

Ce que veut le Comité

Le Comité est conscient des difficultés que pose, pour la lutte antituberculeuse, le partage des compétences dans la prestation des services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Il sait aussi combien il est important de respecter les compétences respectives de chacun en la matière, mais il pense néanmoins nécessaire de promouvoir une plus grande collaboration et recommander en conséquence :

- Que les autorités fédérales, provinciales et territoriales déterminent clairement leurs attributions respectives quant au traitement de la tuberculose chez tous les peuples autochtones.

- Que tous les paliers de gouvernement, les administrations de la santé intertribales, les organisations des Métis et des Inuits et les Premières nations travaillent en étroite collaboration pour faire disparaître les problèmes de compétence qui nuisent à la prestation de soins antituberculeux optimaux aux Premières nations, aux Métis et aux Inuits.

- Que l'on applique le principe de Jordan dans la lutte antituberculeuse de manière que les querelles de compétence ne risquent pas de nuire à la prise en charge d'un enfant des Premières nations.

- Que les données nécessaires soient recueillies par les autorités fédérales, provinciales et territoriales d'une manière qui permette de protéger leur caractère confidentiel ainsi que les renseignements personnels des intéressés, mais qu'elles puissent néanmoins être transmises à tous les paliers de gouvernement concernés pour que l'on puisse suivre au besoin les cas de tuberculose.

C. Participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse

Ce qu'on a dit au Comité

Les témoins ont insisté sur l'importance de la participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse. La participation active des groupes concernés à la prise de décisions et à l'administration des programmes est

en la matière entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux avait abouti à un système fragmenté. Au Manitoba, par exemple, une kyrielle d'organisations, dont certaines relèvent des autorités provinciales et d'autres rendent compte à la DGSPNI aux termes de dispositions contractuelles, participent à la lutte antituberculeuse⁵⁷. En conséquence, la reddition de comptes relativement à la réduction des taux de tuberculose chez les Premières nations est « tout sauf transparente », nous a-t-on dit⁵⁸. Les problèmes de compétence nuisent aussi à la circulation des données à l'appui de la lutte antituberculeuse entre les gouvernements des provinces et la DGSPNI⁵⁹. On nous a affirmé que, quand la collaboration est bonne entre les divers paliers de gouvernement, on le doit à la force de la personnalité des gens qui dirigent les divers programmes.

D'après l'Inuit Tapiriit Kanatami, on n'a pas clairement établi non plus qui est responsable des Inuits⁶⁰. Les collectivités inuites travaillent en collaboration avec la DGSPNI dans la lutte antituberculeuse, mais pas avec les provinces, de qui relève pourtant la santé publique. Elles ne savent donc pas à qui elles doivent s'adresser pour obtenir le matériel médical nécessaire au dépistage et au traitement de la tuberculose.

Les témoins réclament donc l'adoption, dans chaque province, d'un programme unique de lutte antituberculeuse qui remplacerait les divers programmes fédéraux et provinciaux actuels. Certains estiment qu'un tel programme, qui viserait tant les Autochtones que les non-Autochtones, devrait relever du médecin hygiéniste en chef de chaque province⁶¹. D'autres encore préconisent un programme pancanadien dont les normes, les objectifs et les cibles seraient établis par les autorités fédérales par souci d'uniformité, mais dont l'administration serait confiée aux provinces⁶². Enfin, certains témoins recommandent que les autorités fédérales, provinciales et territoriales s'entendent sur un partage des responsabilités dans la lutte antituberculeuse et instituent des mécanismes permettant de contrôler les résultats de l'action de tous les partenaires au regard d'objectifs communs de réduction de la tuberculose dans les groupes visés⁶³.

57 *Ibid.*, p. 15 et 18.

58 *Ibid.*, p. 2.

59 *Ibid.*, p. 12 et 19.

60 *Ibid.*, p. 8.

61 *Ibid.*, p. 12.

62 *Ibid.*, p. 16.

63 Lung Association of Saskatchewan, lettre adressée au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2010.

problème persistant et urgent. Il importerait en outre de réagir aux réserves exprimées par les témoins quant à l'efficacité du programme national de lutte antituberculeuse de la DGSPNI. En conséquence, le Comité recommande :

- Que Santé Canada accélère le renouvellement de sa stratégie d'élimination de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites.

- Que Santé Canada institue un programme de lutte antituberculeuse à l'intention des réserves des Premières nations et des collectivités inuites assorti d'objectifs, de cibles et d'indicateurs de rendement mesurés annuellement au niveau régional ou national de manière à déterminer si les directions régionales exécutent le programme conformément aux normes nationales et internationales en la matière.

- Compte tenu de la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral envers les Autochtones et d'autres responsabilités connexes, que Santé Canada aborde le problème de la tuberculose dans un contexte à long terme et dans un esprit de collaboration, et que le financement prévu soit suffisant pour soutenir un programme de longue durée.

- Que le Bureau du vérificateur général évalue les répercussions des affectations de crédits passées au programme national de lutte antituberculeuse dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites de Santé Canada.

- Que le gouvernement du Canada institue un fonds d'urgence pour soutenir les collectivités qui se trouvent à l'épicentre d'éclotions de tuberculose. Ce fonds pourrait servir à financer les activités des équipes d'évaluation d'urgence quand l'intervention de celles-ci est spécifiquement demandée par les provinces et les territoires.

B. Collaboration entre ordres de gouvernement

Ce qu'on a dit au Comité

Les témoins nous ont dit que le manque de collaboration entre les divers ordres de gouvernement concernés nuisait considérablement à la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, et que la distribution des responsabilités

tuberculose, comme des appareils mobiles de radiographie des poumons. Ils ont aussi insisté sur la nécessité de planifier à long terme le financement et les ressources destinées à la lutte antituberculeuse en raison de la nature de la maladie, car la guérison peut prendre six mois ou plus et parce que, non traitée, la maladie peut demeurer latente dans une collectivité pendant plusieurs générations⁵⁰. On nous a signalé qu'il a fallu trente ans pour ramener le taux général de tuberculose au Canada au niveau actuel de moins d'un cas pour 100 000 habitants⁵¹.

Enfin, Gail Turner de l'Inuit Tapiriit Kanatami nous a dit que les politiques et programmes de Santé Canada étaient insuffisants pour surmonter les problèmes particuliers que pose la lutte antituberculeuse dans les collectivités inuites éloignées⁵². Elle estime qu'il faudrait adopter, à l'égard des collectivités inuites, une stratégie de lutte antituberculeuse distincte (pour faire baisser les taux de tuberculose extrêmement élevés que l'on observe dans ces populations, qui atteignent 500 pour 100 000 dans certains cas⁵³), stratégie qui serait adaptée aux particularités géographiques et sociales de ces populations. En effet, là-bas, certains problèmes – manque de services de santé, surpeuplement des logements et insécurité alimentaire – sont plus aigus qu'ailleurs.

Ce que veut le Comité

Le Comité trouve extrêmement inquiétant de constater à quel point le taux de tuberculose est élevé parmi les Autochtones, en particulier chez les Premières nations et les Inuits, par comparaison avec l'ensemble de la population. À ce qu'on nous a dit, en 2008, il était 31 fois plus élevé chez les Premières nations que chez les autres personnes nées au Canada⁵⁴. Les nombres sont encore plus désastreux dans l'Inuit Nunaat⁵⁵, où les taux sont 185 fois ceux des non-Autochtones nés au Canada⁵⁶. Le Comité craint pour les collectivités des Premières nations et des Inuits qui se trouvent à l'épicentre des éclosons de tuberculose. Il apparaît donc nécessaire d'accélérer le renouvellement de la stratégie d'élimination de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits pour remédier à ce

50	<i>ibid.</i> , p. 12.
51	<i>ibid.</i>
52	<i>ibid.</i> , p. 4.
53	<i>ibid.</i> , p. 12.
54	<i>ibid.</i> , p. 2.
55	La majorité des Inuits vivent dans quatre régions – le Nunavut, le Nunavik (au nord du Québec), le Nunatsiavut (au Labrador) et l'Inuvialuit (dans les Territoires du Nord-Ouest) – appelées collectivement Inuit Nunaat, ou « terre natale » en inuktitut. Les Inuits représentent à peu près 85 % de la population du Nunavut et sont majoritaires aussi au Nunavik et au Nunatsiavut.
56	<i>ibid.</i> , p. 3.

des Premières nations et des Inuits, des normes canadiennes de la lutte antituberculeuse tant pour le volet santé publique que pour le volet prise en charge clinique de la lutte antituberculeuse.

Les porte-parole de Santé Canada ont ajouté que ce programme était financé par le gouvernement du Canada à hauteur de 6,6 millions de dollars par an et que 42,4 millions de dollars y avaient été consacrés entre 2004 et 2010⁴⁴. Le gouvernement fédéral a par ailleurs dépensé une somme additionnelle de 3 millions de dollars notamment pour faire face à des éclosons sporadiques de la tuberculose dans les collectivités du Manitoba et de la Saskatchewan⁴⁵.

Enfin, on nous a dit que le ministère de la Santé est en train de revoir la stratégie nationale d'élimination de la tuberculose chez les Premières nations en collaboration avec des partenaires du gouvernement fédéral, des spécialistes de la tuberculose de l'extérieur, les parties concernées et des organisations des Premières nations et des Inuits. Cette stratégie s'inscrit dans le cadre de la stratégie canadienne de lutte antituberculeuse que l'Agence de la santé publique du Canada est en train de mettre au point⁴⁶.

Pourtant, certains témoins ont fait valoir que, en dépit de tous ces efforts, il faut encore améliorer la qualité du programme national de lutte antituberculeuse de la DGSPNI⁴⁷. On reproche notamment au programme un manque d'uniformité d'une région à l'autre. Il semblerait en particulier que les normes nationales et internationales de la lutte antituberculeuse ne sont pas respectées dans toutes les régions. La définition d'une écloson de tuberculose, par exemple, ne serait pas uniforme. Ensuite, les directions régionales de la DGSPNI ne rendraient pas suffisamment compte de l'efficacité de leurs activités de lutte antituberculeuse. En effet, contrairement à leurs homologues provinciaux et territoriaux, les directions régionales de la DGSPNI ne sont pas tenues d'atteindre des cibles annuelles de réduction du taux d'infection ni de faire rapport de leurs résultats⁴⁸.

Par ailleurs, certains témoins estiment que le financement des activités de lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits est insuffisant. Ils en veulent pour preuve un rapport commandé par l'Agence de la santé publique du Canada dans lequel on indique que la DGSPNI ne consacre que 16 700 \$ par cas à la lutte antituberculeuse dans les Premières nations alors que la moyenne pour le Canada est de 47 000 \$ par cas pour la population non autochtone⁴⁹. D'autres témoins ont fait valoir que les collectivités isolées n'avaient pas le matériel nécessaire au dépistage de la

44 *Ibid.*

45 *Ibid.*, p. 10

46 *Ibid.*, p. 2.

47 *Ibid.*, p. 3.

48 *Ibid.*

49 *Ibid.*

Dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Yukon, des programmes centralisés de lutte antituberculeuse sont administrés par les ministères de la santé respectifs des territoires. Comme il le fait pour les provinces, le gouvernement fédéral fournit aux territoires des fonds pour la prestation des services de santé assurés médicalement nécessaires par la voie du Transfert canadien en matière de santé et de la formule de financement des territoires. Cependant, selon des représentants de Santé Canada, la DGSPNI n'a pas compétence à l'égard des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits qui vivent dans les territoires⁴¹.

COMMENT RÉAGIR AUX TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES COLLECTIVITÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

A. Le Programme national de lutte antituberculeuse et la stratégie d'élimination de la tuberculose de Santé Canada

Ce qu'on a dit au Comité

Les porte-parole du Ministère ont dit au Comité que Santé Canada cherche à faire baisser les taux de tuberculose dans les réserves des Premières nations et parmi les Inuits⁴² par le biais de son programme national de lutte antituberculeuse dont l'objectif global est de ramener le nombre de cas à 3,6 pour 100 000 d'ici 2015, une cible établie pour l'ensemble de la population et tirée de la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMC. Le programme national de lutte antituberculeuse de Santé Canada cherche à atteindre cet objectif en garantissant à tous un accès en temps opportun aux services voulus (dépistage, traitement et suivi des personnes exposées à la tuberculose et de celles chez qui on a diagnostiqué une tuberculose). La prévention et la sensibilisation sont aussi des éléments importants du programme.

On a expliqué au Comité que Santé Canada met en œuvre son programme national de lutte antituberculeuse par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, lesquels concluent des partenariats avec les autorités sanitaires provinciales, régionales ou locales pour assurer la prestation des services de la lutte antituberculeuse⁴³. Les bureaux régionaux de la DGSPNI collaborent avec ces partenaires pour garantir l'application, dans les collectivités

41 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, 20 avril 2010, réunion n° 10, 3^e session de la 40^e législature, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV444313/HESAEV10-F.PDF>, p. 2.

42 - *Ibid.*, p. 1.

43 - *Ibid.*, p. 2.

D. Les rôles respectifs des autorités fédérales, provinciales et territoriales dans la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits

Concrètement, cette division des compétences en ce qui concerne la santé des Premières nations et des Inuits aboutit à la répartition suivante des attributions entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales dans la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada est responsable au premier chef des services de santé publique dans les collectivités des Premières nations³⁵. Elle finance, par ailleurs, aussi le programme de lutte antituberculeuse du Nunatsiavut au Labrador³⁶. Enfin, Santé Canada offre également, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA), certains produits et services de santé comme des médicaments, des services de transport des malades, des fournitures médicales et du matériel de soins de santé.

Les activités de lutte antituberculeuse sont généralement partagées entre la DGSPNI et les provinces. Les services de santé médicalement nécessaires assurés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*³⁷ sont la responsabilité des provinces, à la fois pour les Autochtones (ceux qui vivent dans une réserve comme ceux qui vivent ailleurs et les Métis) et pour les non-Autochtones³⁸. Les gouvernements des provinces reçoivent du gouvernement fédéral, par le biais du Transfert canadien en matière de santé, des sommes destinées au financement de ces services de santé assurés.

Divers arrangements, qui varient d'une province à l'autre, permettent de coordonner les activités entre les deux paliers de gouvernement. Dans bien des cas, la programmation et la prestation des soins de santé sont partagés et intégrés³⁹. La DGSPNI soutient aussi l'administration de programmes de santé publique par les collectivités des Premières nations et des Inuits par la voie d'accords de contribution, ou ententes de transfert de service de santé⁴⁰.

Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf, p. 328.

Santé Canada, Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones, *Tuberculose*, <http://www.hc-sc.gc.ca/niah-spnia/diseases-maladies/tuberculosis/index-fra.php>.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services hospitaliers assurés comprennent les services médicalement nécessaires pour les malades hospitalisés et les malades traités en consultation externe comme l'hébergement en salle commune, les services infirmiers, les services de diagnostic comme les prélèvements sanguins et les radiographies, les médicaments administrés à l'hôpital, et l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations servant à l'anesthésie.

38 Ibid.
39 Ibid.
40 Ibid.

Il faut noter que ce point de vue diffère de celui des peuples autochtones, qui soutiennent que le gouvernement fédéral a l'obligation de leur offrir des programmes et services de santé en raison de leurs droits issus de traités et de la responsabilité fiduciaire³⁰ de la Couronne, et que cela n'est pas une simple question de politique³¹, point de vue énoncé dans le rapport final de la Commission³² paru en 1996.

C. Conflits de compétence en matière de santé des Premières nations et des Inuits : Le principe de Jordan

Les problèmes que pose la complexité de la distribution des compétences quant à la prestation des services de santé aux Premières nations et aux Inuits donnent parfois lieu à des différends. C'est ce qui est arrivé dans le cas de Jordan River Anderson, un garçonnet de la Nation des Cris de Norway House affligé d'une maladie neuromusculaire rare qui l'a forcé à se faire soigner pendant des années dans un hôpital de Winnipeg, à 800 kilomètres de chez lui. Jordan est décédé à l'hôpital pendant que le gouvernement fédéral et le gouvernement du Manitoba négociaient pour déterminer qui paierait ses frais de transport entre l'hôpital et sa maison. À la suite de son décès, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité, en 2007, le principe de Jordan, lequel veut que, en cas de conflit de compétence relativement au financement de services publics destinés à un enfant des Premières nations, le gouvernement auquel on s'est adressé en premier paie les services requis et ensuite seulement entame des démarches en vue d'un partage des coûts³³. Ainsi, les services aux enfants autochtones ne seraient pas retardés par un conflit de compétence³⁴.

30 En droit, le terme « fiduciaire » a le sens général de personne responsable de la garde et de la gestion d'un bien appartenant à une autre personne ou qui occupe une situation de confiance par rapport à une autre personne. Il y a donc un « rapport de fiduciaire » lorsqu'une personne en situation de confiance a des droits et des pouvoirs qu'elle est tenue d'exercer pour le compte d'autrui. C'est le type de rapport qui s'établit entre les fiduciaires et leurs bénéficiaires et entre les avocats et leurs clients, et ainsi de suite. Le rapport de fiduciaire entre la Couronne et les peuples autochtones n'est pas encore parfaitement défini, mais la Cour suprême a statué qu'il est assujéti à certains principes et certaines obligations. Par exemple, la Couronne doit agir dans l'intérêt des Indiens dès lors qu'il s'agit de leurs biens et de leurs terres et, quand elle traite d'une violation possible d'un droit protégé par la Constitution, elle doit prendre en considération d'abord et avant tout ses rapports spéciaux de fiduciaire envers les peuples autochtones. Mary Hurley, *Le rapport de fiduciaire entre la Couronne et les peuples autochtones*, 10 août 2001, Bibliothèque du Parlement, publication PRB 00-09F, <http://pinttrap.parl.gc.ca/lopinimages2/PRBpubsArchive/bp1000/prb0009-f.asp>.

31 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, juin 2002, <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf>, p. 235.

32 CRPA, *Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/pubs/rp/rpt/rpt-fra.asp>.

33 AINC, *Document d'information – Mise en œuvre du principe de Jordan en Saskatchewan*, <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/mr/s-d2009/bk000000451-fra.asp>.

34 *Ibid.*

et les Inuits signifie que celui-ci a le pouvoir exclusif de légiférer en la matière, pouvoir qu'il exerce principalement à l'égard des Indiens inscrits qui vivent dans les réserves et, dans une moindre mesure, des Inuits²⁵.

B. Politique de 1979 sur la santé des Indiens

Bien que les Premières nations et les Inuits relèvent de lui, le gouvernement fédéral n'a jamais adopté de loi sur la prestation des soins de santé à ces deux groupes²⁶, mais il s'est donné pour politique d'offrir certains programmes et services de santé aux Indiens qui vivent dans les réserves et aux Inuits²⁷. La politique de 1979 sur la santé des Indiens décrit le rôle du gouvernement fédéral en matière de prestation de soins de santé aux Premières nations et aux Inuits, précisant qu'elle repose sur les « dispositions de la Constitution et des lois, des traités et de la coutume²⁸ ». On indique dans la politique que, compte tenu du caractère intégré du système de santé, il peut y avoir partage des responsabilités en la matière envers les Premières nations et les Inuits entre les autorités fédérales, provinciales et municipales, les bandes indiennes et le secteur privé. Ainsi, dans un tel système de santé interdépendant, les fonctions du gouvernement fédéral sont liées « aux activités touchant la santé publique dans les réserves, à la promotion de la santé, ainsi qu'à la détection et à la réduction des dangers pour la santé qui proviennent de l'environnement²⁹ ». Pour leur part, les provinces et le secteur privé se chargent du dépistage et du traitement des maladies aiguës et des maladies chroniques, ainsi que de la réadaptation. Enfin, les collectivités des Premières nations et des Inuits jouent un rôle important dans la promotion de la santé et l'adaptation des services de santé à leurs besoins propres.

25	Indien inscrit (de plein droit) : personne inscrite ou ayant le droit d'être inscrite à titre d'Indien selon les dispositions de la <i>Loi sur les Indiens</i> . Tonina Simeone, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, http://lpintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95 .
26	Il est important de savoir que la plus importante mesure régissant les Indiens et les terres qui leur sont réservées est la <i>Loi sur les Indiens</i> , laquelle réglemente presque tous les aspects de la vie des Indiens inscrits, ainsi que la gestion de leurs terres. La <i>Loi</i> définit qui est Indien et réglemente l'affiliation aux bandes, ainsi que le régime fiscal, les terres et les ressources, la gestion financière, les testaments et les successions et l'éducation. Cependant, la <i>Loi</i> ne s'applique pas aux Inuits et ne contient pas de dispositions sur l'administration et la prestation des soins de santé. Tonina Simeone, <i>Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones</i> , 1 ^{er} février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, http://lpintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95 .
27	Santé Canada, <i>Histoire de la prestation des services de santé aux peuples des Premières nations et aux Inuits</i> , http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/services-fra.php .
28	Santé Canada, <i>Politique de 1979 sur la santé des Indiens</i> , http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli/1979-fra.php .
29	<i>Ibid.</i>

en raison d'autres pouvoirs que lui confère la Constitution, par exemple la compétence en matière de droit pénal, le pouvoir de dépenser et, éventuellement, le pouvoir d'adopter des lois pour assurer la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada¹⁷.

Pour leur part, les provinces sont responsables de la plupart des autres hôpitaux (paragraphe 92(7)). Elles ont aussi la responsabilité de la prestation directe de la plupart des services médicaux et de la formation des médecins, responsabilité qui découle des pouvoirs relatifs à la propriété et aux droits civils (paragraphe 92(13)) et aux matières d'une nature purement locale ou privée (paragraphe 92(16)) que leur confère la Loi constitutionnelle de 1867¹⁸.

Le gouvernement fédéral n'a pas la responsabilité directe de la prestation des soins de santé, mais il a compétence « à l'égard des Indiens et des terres réservées aux Indiens » aux termes du paragraphe 91(24) de la Loi constitutionnelle de 1867¹⁹. En 1939, dans la décision *Re Eskimos*, la Cour suprême du Canada a englobé les Inuits dans la définition du terme « Indien » au sens du paragraphe 91(24)²⁰. Par contre, bien que l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982 inclue dans la définition des peuples autochtones les Indiens, les Inuits et les Métis du Canada²¹, la situation des Métis et des Indiens non inscrits²² aux termes du paragraphe 91(24) demeure indéterminée²³. En conséquence, le gouvernement fédéral affirme qu'il n'a pas la responsabilité exclusive de ces groupes et que ses responsabilités financières à leur égard sont donc limitées²⁴. La compétence du gouvernement fédéral sur les questions qui touchent les Premières nations

17 Pour une analyse détaillée de l'exercice, par le gouvernement fédéral, de ces pouvoirs constitutionnels dans le domaine de la santé, voir : Marisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et de soins de santé*, 20 octobre 2008, Bibliothèque du Parlement, publication PRB 08-58F, <http://pintabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=148&TIP=95>.

18 *Ibid.*
Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones*, 1^{er} février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://pintabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=148&TIP=95>.

20 *Ibid.*
Loi constitutionnelle de 1982 (R.-U., constituant l'annexe B de la Loi sur le Canada de 1982 (R.-U.), 1982, ch. 11, partie II, par. 35(2).

22 On entend par Indiens non inscrits des personnes qui sont indiennes par le sang et la culture, mais qui ne sont pas inscrites comme telles aux termes de la Loi sur les Indiens ou ont perdu leur droit de l'être avant que celle-ci soit modifiée en 1985. « Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones* », 1^{er} février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://pintabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=148&TIP=95>.

23 *Ibid.*
24 *Ibid.*

Premières nations ne sont pas conformes aux normes d'occupation de la SCHL, et 26 % des membres des Premières nations et 36 % des Inuits vivent dans des logements surpeuplés¹³.

(iv) Système de soins de santé

Dans les collectivités éloignées, il est souvent difficile d'établir des programmes de lutte antituberculeuse en raison du manque de personnel ou du roulement élevé du personnel et de l'éloignement des installations et services de santé appropriés. Il est par ailleurs particulièrement difficile d'offrir des programmes et des soins culturellement adaptés à la population et de composer avec les questions de compétence, souvent complexes¹⁴.

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

A. La santé des Premières nations et des Inuits et la Loi constitutionnelle de 1867

La *Loi constitutionnelle de 1867* n'est pas spécifique quant au pouvoir de légiférer en matière de santé, pouvoir qu'elle n'affecte ni au Parlement (à l'article 91) ni aux législatures des provinces (à l'article 92). En fait, la Cour suprême a statué que, « [s]omme toute, la "santé" n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valables peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas¹⁵ ». La Constitution fait cependant état de certains pouvoirs en rapport direct avec la santé et les soins de santé. Aux termes du paragraphe 91(11), le gouvernement fédéral est responsable de « la quarantaine et l'établissement et maintien des hôpitaux de marine¹⁶ ». Le gouvernement intervient par ailleurs dans le domaine de la santé, de manière indirecte,

Assemblée des Premières Nations – Secrétaire à la santé et au développement social, *Housing as a social determinant of health increases risks for tuberculosis infection in First Nations and Inuit Peoples*, <http://www.itk.ca/media-centre/media-releases/inuit-tb-rate-double-185-times-rate-canadian-born-non-aboriginals-first>, document consulté le 13 avril 2010.

Agence de la santé publique du Canada, *Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf, document consulté le 9 avril 2010.

Schneider c. La Reine, [1982] 2 R.C.S. 112, p. 142.

Marisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et de soins de santé*, 20 octobre 2008, Bibliothèque du Parlement, publication PRB 08-58F, <http://pintabp.parl.gc.ca/lopinimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0858-f.pdf>.

bactériologiques dont la qualité est assurée, un processus de surveillance clairement défini, ainsi que des mesures visant à assurer une protection contre un mésusage des médicaments qui risquerait d'entraîner une pharmacorésistance¹¹.

Cependant, en dépit de ce consensus, de nombreux problèmes gênent la lutte antituberculeuse dans les collectivités autochtones, problèmes qui, de façon générale, concernent le contexte, l'hôte, l'environnement et le système¹².

(i) Contexte historique

Pour bien comprendre les taux élevés de tuberculose dans la population autochtone, il importe de replacer l'infection dans son contexte historique. En effet, l'infection des populations autochtones à la tuberculose est imputable aux contacts avec les Européens au XIX^e et au XX^e siècle. À partir de ce moment-là, les taux de tuberculose ont explosé en raison de facteurs comme le déplacement des Autochtones vers les réserves et pensionnats où le surpeuplement des logements, la pauvreté et la malnutrition ont contribué à la propagation de la tuberculose et au passage de l'infection à la maladie.

(ii) Facteurs liés à l'hôte

Les taux d'infection à la tuberculose sont influencés par la présence d'autres affections souvent particulièrement prévalentes chez les Autochtones comme le diabète sucré, la malnutrition, la toxicomanie (alcool et drogues), ainsi que le VIH/sida. En outre, des études ont démontré que certaines caractéristiques génétiques comme les immunodéficiences congénitales augmentent la susceptibilité de certains individus à la tuberculose et interdisent la vaccination dans l'enfance.

(iii) Environnement

La lutte antituberculeuse est contrecarée par le surpeuplement des logements et la pauvreté, fréquents dans les réserves et les régions éloignées. Par exemple, selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), 50 % des logements des

11 *Ibid.*

12 *Ibid.*, p.329-330.

Tableau 1 – La tuberculose au Canada, 2008

Groupe démographique			Nombre de cas	Incidence (pour 100 000)
Autochtones	Indiens (inscrits)	218	26,6	
	Indiens (non inscrits)	9	-	
	Métis	27	8,0	
	Inuits	88	157,5	
	Non-Autochtones nés au Canada	210	0,8	
Personnes nées à l'étranger		987	13,4	
Total		1600	4,8	

Source : Tableau dressé par les auteurs au moyen de données de l'Agence de la santé publique du Canada, *Tuberculosis in Canada*, <http://www.itk.ca/sites/default/files/Rates%20by%20Origin%202010.pdf>, document consulté le 9 avril 2010.

B. Facteurs clés de la lutte antituberculeuse dans les collectivités autochtones

Il existe, depuis 1991, un consensus international, créé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur la nature des bonnes pratiques liées aux programmes de santé publique pour lutter contre la tuberculose. C'est ce que l'on a appelé la « stratégie DOTs » (directly-observed treatment, short course [thérapie de brève durée sous observation directe⁹]). En ce qui concerne les politiques, la stratégie affirme la nécessité d'un engagement politique envers la lutte antituberculeuse qui s'exprime par la déclaration de la responsabilité du secteur public, assortie d'un budget correspondant, une structure de gestion pertinente, la publication de lignes directrices nationales, une approche sectorielle et des politiques d'accès aux services¹⁰. Du point de vue des systèmes de santé, la lutte antituberculeuse exige un approvisionnement ininterrompu en médicaments, un diagnostic et un suivi au moyen d'un système d'analyses

9 Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf, p. 261.

10 *Ibid.*

d'autres parties du corps comme les ganglions lymphatiques². On suppose généralement qu'une fois qu'une personne est infectée par la bactérie, elle demeure infectée pour la vie³.

À l'échelle mondiale, l'incidence de la tuberculose est de 139 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants, soit près de 10 millions de cas par année⁴. Au Canada, elle est de 5 cas pour 100 000 habitants, ce qui représente, suivant des estimations, 1 613 cas nouveaux et rechutes par an⁵. On observe cependant que la majorité de ces cas concernent deux groupes démographiques : les peuples autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) et les personnes nées à l'étranger (tableau 1). La tuberculose affecte de manière disproportionnée les peuples autochtones : en effet, bien que la population des Autochtones nés au Canada représente 3,5 % de la population totale, elle compte pour 17 % des cas de tuberculose⁶.

Bien que l'incidence de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits soit dans l'ensemble plus élevée que dans la population non autochtone née au Canada, il existe de grandes variations dans les taux d'une région et d'une communauté à l'autre⁷. Par exemple, en 2004, le taux d'incidence de la tuberculose chez les Indiens inscrits variait entre zéro pour 100 000 dans la région de l'Atlantique et 72,7 pour 100 000 au Manitoba. De même, le taux d'incidence chez les Inuits variait entre 95 pour 100 000 au Québec et 102,2 pour 100 000 dans les territoires⁸.

2	<i>Ibid.</i>
3	Santé Canada, <i>La tuberculose dans les communautés des Premières nations, document</i> http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/tuberculos/tb-fni-pni-commun-fra.php , consulté le 13 avril 2010.
4	Organisation mondiale de la santé, <i>Tuberculose, santé, mondiale</i> , http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html . (N.D.T. : En date du 10 mai 2010, le site anglais présentait des chiffres plus récents que le site français.)
5	L'infection produit souvent un état latent asymptomatique, mais en l'absence de traitement la maladie peut se déclarer et produire des symptômes.
6	Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> , 6 ^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf , document consulté le 9 avril 2010.
7	Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> , 6 ^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf , p. 328.
8	Par « région de l'Atlantique », on entend Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. Les territoires comprennent le Yukon, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest.

LA VOIE DE L'AVENIR : COMMENT RÉAGIR AUX TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES RÉSERVES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES COLLECTIVITÉS INUITES

INTRODUCTION

Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (ci-après le Comité) a adopté, le 11 mars 2010, une motion enjoignant au Comité d'étudier les taux élevés de tuberculose au sein des collectivités des Premières nations et des Inuits et de faire rapport de ses conclusions à la Chambre des communes, en formulant notamment des recommandations sur l'établissement d'une stratégie nationale d'éradication de cette maladie. Le Comité a tenu une audience à ce sujet le 20 avril 2010, durant laquelle il a entendu de nombreux témoins, notamment des représentants du gouvernement fédéral, des organisations des Premières nations et des Inuits et des organisations de santé publique, ainsi que des spécialistes de la lutte antituberculeuse.

On trouvera dans le présent rapport un bilan de la situation de la tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, un aperçu du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine et un sommaire des principales questions soulevées par les personnes entendues par le Comité. Le rapport contient aussi des recommandations adressées à Santé Canada relativement au renouvellement de la stratégie canadienne d'élimination de la tuberculose en ce qui concerne les réserves indiennes et les collectivités inuites.

LA TUBERCULOSE PARMI LES POPULATIONS AUTOCHTONES DU CANADA

A. Incidence de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits

La tuberculose est une infection grave causée par des bactéries qui se propagent quand une personne atteinte de la maladie tousse et qu'une autre inhale ces bactéries. La tuberculose affecte principalement les poumons, mais la bactérie peut s'attaquer aussi à

B.	Collaboration entre ordres de gouvernement	13
	Ce qu'on a dit au Comité	13
	Ce que veut le Comité	15
C.	Participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse	15
	Ce qu'on a dit au Comité	15
	Ce que veut le Comité	16
D.	Déterminants sociaux de la santé	17
	Ce qu'on a dit au Comité	17
	Ce que veut le Comité	18
	LA VOIE DE L'AVENIR	18
	LISTE DES RECOMMANDATIONS	21
A.	Le Programme national de lutte antituberculeuse et la stratégie d'élimination de la tuberculose de Santé Canada	21
B.	Collaboration entre ordres de gouvernement	22
C.	Participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse	22
D.	Déterminants sociaux de la santé	23
	ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS	25
	ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	27
	DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	29
	OPINION SUPPLÉMENTAIRE : PARTI LIBÉRAL DU CANADA	31
	OPINION SUPPLÉMENTAIRE : BLOC QUÉBÉCOIS	35

TABLE DES MATIÈRES

LA VOIE DE L'AVENIR : COMMENT RÉAGIR AUX TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES RÉSERVES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES COLLECTIVITÉS INUITES.....	1
INTRODUCTION.....	1
LA TUBERCULOSE PARMI LES POPULATIONS AUTOCHTONES DU CANADA.....	1
A. Incidence de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits.....	1
B. Facteurs clés de la lutte antituberculeuse dans les collectivités autochtones.....	3
(i) Contexte historique.....	4
(ii) Facteurs liés à l'hôte.....	4
(iii) Environnement.....	4
(iv) Système de soins de santé.....	5
LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.....	5
A. La santé des Premières nations et des Inuits et la Loi constitutionnelle de 1867.....	5
B. Politique de 1979 sur la santé des Indiens.....	7
C. Conflits de compétence en matière de santé des Premières nations et des Inuits : Le principe de Jordan.....	8
D. Les rôles respectifs des autorités fédérales, provinciales et territoriales dans la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.....	9
COMMENT RÉAGIR AUX TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES COLLECTIVITÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS.....	10
A. Le Programme national de lutte antituberculeuse et la stratégie d'élimination de la tuberculose de Santé Canada.....	10
Ce qu'on a dit au Comité.....	10
Ce que veut le Comité.....	12

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

QUATRIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié le taux élevé de tuberculose au sein des Premières nations et des communautés inuites et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENTE
Joy Smith

VICE-PRÉSIDENTE
Joyce Murray

MEMBRES

L'hon. Carolyn Bennett	Patrick Brown
Colin Carrie	Patricia Davidson
Nicolas Dufour	Kirsty Duncan
Megan Leslie	Luc Malo
Cathy McLeod	Tim Uppal

AUTRE DÉPUTÉE QUI A PARTICIPÉ
Judy Wasylycia-Leis

GREFFIÈRE DU COMITÉ
Christine Holke David

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT
Service d'information et de recherche parlementaires
Karin Phillips
Marie Chia

**LA VOIE DE L'AVENIR : COMMENT RÉAGIR AUX
TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES
RÉSERVES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES
COLLECTIVITÉS INUITES**

**Rapport du Comité permanent
de la santé**

La présidente

Joy Smith, députée

JUIN 2010

40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION



Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à :

Les Éditions et Services de dépôt Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757

publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à
l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION

JUIN 2010

Joy Smith, députée

La présidente

Rapport du Comité permanent
de la santé

LA VOIE DE L'AVENIR : COMMENT RÉAGIR AUX
TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES
RÉSERVES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES
COLLECTIVITÉS INUITES

CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

